

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94895579

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 -   | Número da Guia   | Atribuído r                            | nela Onerac  | lora   |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
|--|--|--|--|--|--|---|--|------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 343269   | Trumoro da Gala  | 7 tillbuluo                            | pola opolac  |  |  |   | 948955   | 79                           |  |                                       |                         |                                   |
| 4 - Data da Autorização<br><b>24/04/2024 17</b>  | 5 - Senha  |  | 895579   | 6 - Data de Val  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 24/04/2024 17:34 94895579 23/06/2024  Dados do Beneficiário  |  |  |  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 7 - Número da Carteira   |  |  | 8 - Vali   | dade da Carteira   | <u></u> а  | 9 -   | Atendimento de                                     | RN                           |  |                                       |                         |                                   |
| 0050000037279656 28/09/2025  |  |  |  | /2025  |  |   | N  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 50 - Nome Social   |  |  |  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 10 - Nome DENISE MOLIN   |  |  |  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| Dados do Contratado Solid  | citante  |  |  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 12 - Código na Operadora   | 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado         |  |  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
|  | 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA |  |  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante  DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA  |  |  |  |  | - 11   | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do 19475         |  |                              | Número do Co   | onselho                               | 17 - UF<br><b>41</b>    | 18 - Código CBO<br><b>225270</b>  |
| Dados do Hospital / Local  |  |  | ,  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 19 - Código na Operadora / 0<br>10.246.214/0001-04   | 11   |  |  | PEDIA ESP  |  | ADA LTI   | DA   |                              |  | 1                                     | sugerida p<br>2024 00:0 | ara Internação<br><b>0</b>        |
| 22 - Caráter do Atendimento  1   | 23 - Tipo de Inte  | ernação                                | 24 - Regime  | e de Internação<br>1   | 25 - Qt  | de. Diárias   | Solicitadas 26                                     | 6 - Previsão                 | de uso de OPI  | ME 27 - F                             | Previsão de (           | uso de Quimioterápico             |
| 28 - Indicação Clínica<br>RUPTURA DO MANGUITO  |  |  |  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opci  |  | 10(2) (opcio                           | onal) 31 - CID 10(3) (opcional)                        |  |  | 32 - CID 10(4) (opcional)                               |  | 33 - 1                       | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença rela<br>9 |                                       | loença relacionada)     |                                   |
| Procedimentos ou Itens As  | sistenciais Soli   | citados                                |  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 34 - Tabela       35 - Código o         1- 22       30735033         2- 22       30735068         3- 22       30735050         4- 22       30735041         5- 98       08011961         6- 18       60000805         7- 18       60024151         8-  |  | ACF<br>RUF<br>LUX<br>LES<br>PC1<br>DIA | PTURA D<br>(ACAO G<br>SAO LABI<br>F ARTRO:<br>RIA DE ( | ASTIA - PRO<br>O MANGUITO<br>LENO-UMER<br>RAL - PROCE<br>SCOPIA DE O<br>QUARTO CO<br>IXA DE APAR | O ROTAL<br>RAL - PRO<br>EDIMENT<br>OMBRO -<br>LETIVO I | OOR - PR<br>OCEDIMI<br>O VIDEO<br>- ENF - U<br>DE 2 LEI | OCEDIMENTENTO VIDEO  DARTROSCO  NIORTE  TOS COM BA | TO VIDE<br>DARTRO<br>DPICO D | OARTROSO<br>SCOPICO D<br>E OMBRO<br>O PRIVATIV           | O 1<br>COP 1<br>EO 1<br>1<br>1<br>0 2 | - Qtde. Soli            | c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  2  1 |
| 39 - Data provável da Admiss   | são hospitalar   | 40 - Qtde [                            | Diárias Auto   | 11   | 1 - Tipo de  | Acomodaç  | ão autorizada                                      | ]                            |  |                                       |                         |                                   |
| 42 - Código na Operadora /   | CNPJ autorizado  | 11                                     |  | spital / Local Au  |  |   |  | ]                            |  |                                       |                         | 44 - Código CNES                  |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104   |  |  |  |  |  |   | 6528104  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: GELOBEL ASSADOS DELIVERY LTDA ME  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização |  |  |  |  |  |   |  |                              |  |                                       |                         |                                   |
| 46 - Data da Solicitação   | 11 47 - As   | sinatura do                            | o Profission   | ai Solicitante   | I 48 - Assir   | natura do B   | eneticiário ou R                                   | kesponsávi                   | ei 1149 - Ass  | inatura do                            | Responsáv               | el pela Autorização               |



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

| 1 - Registro ANS   | 3 - Número da Guia Referen                                |                              | 4 - Senha                           |                   | 5 - Data da Autorização  | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |          |  |  |  |  |
|--|---|------------------------------|-------------------------------------|-------------------|--|---|----------|--|--|--|--|
| 343269   |   | 94895579                     |                                     | 94895579          | 24/04/2024 17:34   |   | 94895579 |  |  |  |  |
| Dados do Beneficiário  |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira   |   | 29 - Nome Social             |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| 0050000037279656   |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| 8 - Nome   |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| DENISE MOLIN   |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| Dados do Profissional Solicitante  |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solici  |   |                              | 10 - Telefone                       |                   | 1 - E-mail   |   |          |  |  |  |  |
| DANIEL FERREIRA FE   | RNANDES VIEIRA  |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| Dados da cirurgia  |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>RUPTURA DO MANGUITO<br>RUPTURA DO MANGUITO   |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| OPME Solicitadas   |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante  |   |                              |                                     |                   | 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - № Autorização de Funcionamento |   |          |  |  |  |  |
|  |   |                              | ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J | •                 | ,  | _  7  | ,        |  |  |  |  |
| 80044680086  |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| - 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000  |   |                              |                                     | _  2              |  | _  2  | ,        |  |  |  |  |
| 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 3- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 |   |                              |                                     |                   |  | 1   |          |  |  |  |  |
| 80743230025  |   |                              |                                     |                   | _  - - - - - - - - - - - - - - - - -   | _  '  | -        |  |  |  |  |
| 4- 00 75788993   | CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 165 11 70 85 CANULA CO |                              |                                     |                   |  | 1   | ,        |  |  |  |  |
| 80777280101  | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA              |                              |                                     | <br>              |  | -1 -  |          |  |  |  |  |
| 5- 00622494  | 4 GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 74201000                   |                              |                                     | <u> </u> 1        | _ _ _ ,  | _  1  | _ _ , _  |  |  |  |  |
| 80356130057  |   | ARTHROM COMERC               | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| 6-   _   |   |                              |                                     | _                 |  | _   | ,        |  |  |  |  |
|  |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| 24 - Especificação do Material   |   |                              |                                     |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3  | 372-0900 / Emitido em 24/                                 | 04/2024 / Empresa / Titular: | GELOBEL ASSADOS DELIVERY LTDA ME    |                   |  |   |          |  |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação   | 27 - Assinatura do Pro                                    | ofissional Solicitante       |                                     | 28 - Assinatura o | lo Responsável pela Autorização  |   |          |  |  |  |  |