

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93724310

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	pero da Guia At	ribuído pela Opera	adora							
343269	Jornani	iero da Guia Ai	прино река Орега	auora		9372	24310				
4 - Data da Autorizaçã		5 - Senha		6 - Data de Valid		1					
12/01/202	24 17:06		93724310		12/03/2024	·					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 00500000018102			- 11	alidade da Carteira		- Atendimento N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
OSVALDIR JOAC	BELLA	VER									
Dados do Contratado		te									
12 - Código na Operad			13 - Nome do C	contratado ORTOPEDIA ES	CDECIALIZAD	A   TDA					
14 - Nome do Profissio	_	into	UNIORIEC	OKTOPEDIA EX			onal II	16 - Número do Co	neelho	17 - UF	18 - Código CBO
JOAO PAULO FE			EIRO		06	† <b>†</b>			nisemo	41	225270
Dados do Hospital /											
19 - Código na Operad			•	al / Local Solicitado	)				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-	04	UI	NIORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA			29/01/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendim	ento 23	- Tipo de Interna	ação 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPI	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1		С		1	1			S			N
28 - Indicação Clínica relesão de patela m	enisco ioe	alho esquerdo	•								
29 - CID 10 Principal (	opcional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cl	0 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (ad	cidente ou c	doença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Itela 34 - Tabela 35 - Co			ados 36 - Descrição						27	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- <b>22 3073</b> :		ocedimento	•		UM MENISCO	- PROCEDI	MENTO	O VIDEOARTRO		- Qide. 30ii	1
2- 22 3073	3103		INSTABILID	ADE FEMORO	-PATELAR, RE	LEASE LA	TERAL	. DA PATELA, R	ET 1		1
3- 22 3073						•	SECCA	O E/OU PLASTI			1
4- 98 0801° 5- 18 6002¢				OSCOPIA DE JO			ΔΡΔ ΔΙ	RTROSCOPIA F	1 PAR 1		1
6-			ALOGOLLI		LLIIO / LQOII	- INILITIO I	AIXA AI		L		
7-   _	_iii_	_							i_	_ii_	iii
8-	_	_							_	_	
9-   _	-	_							_	_	
10-  _    11-  _      _	-111 	-111 							- 	-!!! 	 
12-	-,, -	_									 
Dados da autorizaçã	0										
39 - Data provável da	Admissão h	nospitalar 40	- Qtde Diárias Au <b>1</b>	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES									=		
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/01/2024 / Empresa / Títular: FAZENDA SANTA LUZIA  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
Data da Solicitaçã	~	ااادوم الم		Cononaine	, womatura ut	_ononoiano C	, a respu			coporisav	o. pola natorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· · ·	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269	93724310		93724310	12/01/2024 17:06		93724310			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social								
0050000001810211									
8 - Nome	·								
OSVALDIR JOAO BELI	AVER								
Dados do Profissional Solic	tante								
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	- E-mail					
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERREIRO								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica relesão de patela + menisco relesão de patela menisco									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M				. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00499293</b>		eriai no taoricante AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_  1	_ ,			
80356130052		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_  - - - - - - - - - - - - - - - - -	_  '	_  <sub>-</sub>  _  <sub> </sub>   <sub> </sub>			
2- 00 00116700		IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_  1	,			
80743230025		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	     _			1-1-1-171-1-1			
3-   _				_   _ _ , _	_	_ _ , _			
				_	_ _				
4-   _				_	_ _	,			
	_ _ _ _			_ _ _ _	_	_ ,			
				_	_				
6-				_             _	 -	,			
				 _					
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 12/01/2024 / Empresa / Titular:	FAZENDA SANTA LUZIA							
10,0									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					