

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92659312

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído	nela Opera	dora									
343269	Numero da Guia	a Athbuldo	pela Opera	uora			92659	312					
4 - Data da Autorização 26/09/2023 14	a Q	92659312			da Senha 25/11/2023								
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carte	eira	9 -	Atendimento (de RN	7				
0050000001792337 20/10/2024				/2024			N						
50 - Nome Social													
10 - Nome SONIA MARIA FARIA	SONIA MARIA FARIA PEREIRA												
Dados do Contratado Solid	itante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 -									17 - UF	18 - Código CBO			
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA					15 - Conselho Profissional 16 - Número o 28281				41 225270				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação													
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 19/10/2023 00:00													
										<u> </u>			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias	Solicitadas	26 - Previs	ão de uso de OP	ME 27 - F	revisão de i	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO DIREITO													
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID	32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Ind			Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados											
34 - Tabela 35 - Código d	o Procedimento	36 -	- Descrição							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30726034							I IMPLANT	ES - TRA	TAMENTO (1	
2- 18 60000554 3-				APARTAME						3 		3	
Dados da autorização	<u> </u>				=		_	_					
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	11	41 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada						
1			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/09/2023 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular : SONIA MARIA FARIA PEREIRA													
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura o	do Profission	al Solicitante	II 48 - Assir	natura do B	eneficiário ou	Responsá	vel 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização	



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

2 - Nº Guia no Prestador **92659312**

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 92659312 92659312 26/09/2023 14:57 92659312 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000001792337 8 - Nome **SONIA MARIA FARIA PEREIRA** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica PACIENTE COM OSTEOARTROSE TRICOMPARTIMENTAL, COM REDUÇÃO DO ESPAÇO ARTICULAR, VARO TRIPLO EM JOELHO DIREITO, DOR INTENSA. ENCAMINHO PARA TRATAMENTO CIRURGICO COM ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO DIREITO Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00687570 KIT LAVAGEM MAHEMEDICAL PL 1000 10314809016 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/09/2023 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular: SONIA MARIA FARIA PEREIRA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização