



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94484753**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94484753
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 20/03/2024 17:04	5 - Senha 94484753	6 - Data de Validade da Senha 19/05/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000004964708	8 - Validade da Carteira 11/10/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome LEONARDO VALERIO DE AZEVEDO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28617	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 25/03/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO COM LESAO DO MENISCO OSTEOCONDRA L PATELA LATERALIZADA
--

29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733049	OSTEOCONDRPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
3- 98	08011081	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF	1	1
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
5- 18	60024151	ALUGUETA TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
6- 	 	 	 	
7- 	 	 	 	
8- 	 	 	 	
9- 	 	 	 	
10- 	 	 	 	
11- 	 	 	 	
12- 	 	 	 	

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04	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 20/03/2024 / Empresa / Titular: SILMARA VALERIO
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 94484753

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94484753	4 - Senha 94484753	5 - Data da Autorização 20/03/2024 17:04	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94484753
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000004964708	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome
LEONARDO VALERIO DE AZEVEDO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO COM LESAO DO MENISCO + OSTEOCONDRAL + PATELA LATERALIZADA
ENTORSE DE JOELHO ESQUERDO COM LESAO DO MENISCO OSTEOCONDRAL PATELA LATERALIZADA

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				
1-	100066879	CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-		1		1	
	81288540024	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		1	
	80743230025	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-	78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D		1		1	
	80044680449	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/03/2024 / Empresa / Titular: SILMARA VALERIO

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---