

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93772654

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	11										
343269						93772654					
4 - Data da Autorização 17/01/2024 15:		5 - Senha			17/03/2	24					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carte	ira		† †	llidade da Carteira		9 - Atendimen	to de RN				
0050000059586993 13/01/2025						N	1				
50 - Nome Social											
10 - Nome GIOVANA RAFAELA DEMICIANO											
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 ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA					15 - 0 6	15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 28281		17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Oper			,	al / Local Solicitado	0				21 - Dat	a sugerida p	para Internação
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 08/02/2024 00:00									00		
22 - Caráter do Atend	imento 23	s - Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Di	árias Solicitadas 3	26 - Pr	revisão de uso de OPI S	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)						CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	ncidente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados											
		rocedimento							37	' - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307	26190		LESOES LIC	GAMENTARES	PERIFERIO	AS CRONICA	AS - TR	ATAMENTO CIR	UR 1		1
2- 22 30731224 TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO 1 1								1			
	33049					•		O E/OU PLASTI			1
4- 22 30733073 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR 1 1								1			
5- 22 30731216 TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1								1			
	5- 98										1
											1
9- 18 600	24151		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQU	IPAMENTO I	PARA A	ARTROSCOPIA F	PAR 1		1
10- _ 11-		_ _							_ _	_ _	_ _
12-	_								l_	_	
Dados da autorização											
39 - Data provável d	a Admissão I	hospitalar 40	· Qtde Diárias Aut 3	torizadas 41	- Tipo de Acon	odação autoriza	ada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CN 6528104											44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/01/2024 / Empresa / Titular: IRMAOS SWIECH LTDA											
46 - Data da Solicita	ção	47 - Assin	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário	ou Resp	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

2 - Nº Guia no Prestador **93772654**

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 93772654 93772654 17/01/2024 15:16 93772654 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000059586993 8 - Nome **GIOVANA RAFAELA DEMICIANO** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO C/ENTORSE DE JOELHO DIREITO, EVOLUIU COM ROTURA DE LCA+ROTURA DE LIGAMENTO COLATERAL E LESÃO OSTEOCONDRAL. ENCAMINHO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO POR VIDEOAR M235 RECONSTRUÇÃO DE LCA DO JOELHO DIREITO **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 00499293 1- 00 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 3- 00 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/01/2024 / Empresa / Titular: IRMAOS SWIECH LTDA 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização