

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90658678

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número da Guia	Atribuído pela Op	peradora							
343269					906	58678				
4 - Data da Autorização 29/03/2023 09	5 - Senha	906586	6 - Data de Valid		Senha <b>05/2023</b>					
Dados do Beneficiário					11					
7 - Número da Carteira 0050000003314157		- 11	- Validade da Carteira 1/02/2024		9 - Atendiment					
50 - Nome Social			17027202-4			•				
10 - Nome  CHARLES BRUNO FI	ERRO									
Dados do Contratado Sol	icitante									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	lo Contratado E ORTOPEDIA E	ebeci/	N 174D4 1 TD4					
14 - Nome do Profissional S	olicitante	ONIORT	E ONTOFEDIA E.	3FECIA	15 - Conselho Profiss	ional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL LEITE DE P		s		1	06	ionai	23538 41			225270
Dados do Hospital / Loca	Solicitado / Dado	os da Internaçã	0							
19 - Código na Operadora /	11		spital / Local Solicitad					1		ara Internação
10.246.214/0001-04			RTOPEDIA ESPE			11		l L	023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	rnação   24 - Re	egime de Internação <b>1</b>	25 - Qi	tde. Diárias Solicitadas  2	26 - Pr	revisão de uso de OP	ME     27 - P	revisão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EN	ANEVO									
29 - CID 10 Principal (opcio	30 - CID 11	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	JOHAI)	32 - CID 10(4) (opcid	Jilai)	33 - Mulcação de A	,	9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A										
34 - Tabela     35 - Código       1- 22     30738040       2- 22     30738059       3- 22     30738024       4- 18     60000805       5- 18     60024151       6-		CONDRO SINOVEO DIARIA D	ENTO DO IMPAC OPLASTIA COM S CTOMIA PARCIAL DE QUARTO COL	UTURA . E/OU F .ETIVO	MORO-ACETABUL LABRAL - PROCI REMOCAO DE CO DE 2 LEITOS CON EQUIPAMENTO F	EDIMEI RPOS II BANH	NTO VIDEOART LIVRES - PROC IEIRO PRIVATIV	VID 1 RO 1 EDI 1 'O 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  2  1
39 - Data provável da Admis	ssão hospitalar	40 - Qtde Diárias	11	- Tipo de	Acomodação autoriza	da				
2 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 29/03/2023 / Empresa / Titular: CHARLES BRUNO FERRO  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

Unimed A

	_			5 - Data da Autorização		
· II	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	90658678		90658678	29/03/2023 09:24	90658	3678
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					$\neg$
0050000003314157						
8 - Nome						=
CHARLES BRUNO FER	RO					
Dados do Profissional Solicit	ante					
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	- E-mail		
RAFAEL LEITE DE PINI	IO TAVARES					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A						-
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	sitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autori	izado
21 - Registro ANVISA do Mater	ial 22 - Referência do mate	erial no fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00613282	OPSITE INCISE PELICULA A	DESIVA INCISIONAL 4989	1	,	_  1	_
80804050002			_ _ _	_		
2- 00 00308137	LAMINA SHAVER BROCA O	VAL PARTES OSSEAS 5,5X240MM INOX - B	2	_ _ _ ,	_  2   <u>       ,    </u>	_l
81130100002	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- <b>00 00590045</b>	LAMINA PARA SHAVER SET	ГORMED - 001030306	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_  1	_I
80777280006	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGG	ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	_  2		_  2	
80044680086	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- <b>00 70917540</b>	CANULA PARA ARTROSCO	PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	<u>  1</u>		_  1	
80777280003	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	· · ·			.
6- 00 75043114	SUTURA CIRURGICA TRANC	CADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09	<u> _ </u> 2		_  2	
80083650067	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	  _ _ _ _ _			-
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 29/03/2023 / Empresa / Titular:	CHARLES BRUNO FERRO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		



2 - Nº Guia no Prestador

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada 90658678	4 - Senha	90658678	5 - Data da Autorização 29/03/2023 09:24	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora <b>90658678</b>
Dados do Beneficiário	555555					
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000003314157						
8 - Nome	JL					
CHARLES BRUNO FER	RO					
Dados do Profissional Solici	ante					
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail		
RAFAEL LEITE DE PIN	HO TAVARES					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A	NEXO NEXO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada :	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 7- <b>00 00612103</b>	ial 22 - Referência do mater EQUIPO BOM INFUSAO ARTI		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
7- <b>00</b>		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_   , 	_  1	,
8- <b>78632951</b>	PONTEIRA DE ABLACAO RF				1	,
80743230009		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _ _ _			1-1-1-1/1-1-1
9-   _				_   _ _ , _	_	_ _ , _
				_ _ _ _	_ _	
10-  _				_	_ _	,
		-		_ _ _ _	_	
					_	,
12-					 _	,
		_ _ _		_ _ _ _		
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 29/03/2023 / Empresa / Titular: (	CHARLES BRUNO FERRO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		