

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92825237

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Ope	radora								
343269		, , .			928252	237					
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid								
11/10/2023 14	:39	92825237		10/12/2023							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Numero da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000002590169 01/03/2024 N											
50 - Nome Social											
	To None Cook										
10 - Nome											
BRUNO PEDRO DE S	BRUNO PEDRO DE SOUZA										
Dados do Contratado Solid	citante	12. Nama da	Contratada								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional So	licitante				elho Profissiona	al 16 - Nu	úmero do Cons	selho 17	7 - UF	18 - Código CBO	
ALEXANDRE RIBEIRA		L		06	28281			4	1	225270	
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	os da Internação									
19 - Código na Operadora / C	11		ital / Local Solicitado				11			ara Internação	
10.246.214/0001-04		UNIORT E OR	TOPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		2	26/10/202	3 00:0	0	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação 24 - Reg	ime de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2		e uso de OPME	27 - Previ	isão de u	so de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica	С		1	1			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			N	
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID 1	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional	l) 33 - Ind	icação de Acid	lente (acider	nte ou d	pença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As		citados		,							
34 - Tabela 35 - Código d	lo Procedimento	36 - Descriçã		DATEL AD DE	FACELATE	-DAL DA D	ATELA DE		de. Solid		
2- 22 30733103	1- 22 30733103 INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET 1 1 2- 22 30713064 MANIPULAÇÃO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL 1 1 1								1		
3- 18 60000805										1	
4- 18 60024151		ALUGUEL	TAXA DE APAR	ELHO / EQUIPA	MENTO PAR	RA ARTRO	SCOPIA PA	R 1		1	
5-								 	-		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
35 - Data provaver da Admiss	sao nospitalal	1	1	- Tipo de Acomoda	gao autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CN UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104							44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/10/2023 / Empresa / Titular: BRUNO PEDRO DE SOUZA 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

92825237

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269	92825237			92825237			92825237				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000002590169											
8 - Nome											
BRUNO PEDRO DE SOUZA											
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail											
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO, EVOLUIU COM RIGIDEZ MUSCULAR NA ARTICULAÇÃO DO LOCAL, LIMITAÇÃO FUNCIONAL, ADM 10-90 . ENCAMINHO P/LIBERAÇÃO E MANIPULAÇÃO CIRURGI TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTROFIBROSE											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	ial as fabricants		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		22 - Referência do mate MINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1					
80777280006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	_ ,				
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1					
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ <u> </u>		_I '	1111'111				
3-	11111										
					_,	_, ,,_, _ _	1-1-1-1/1-1-1				
4-					_	_	_ _ , _				
5-					_	_	_ ,				
			 _ _ _ _ 		_ _ _ _	_ _					
6-					_	_	_ ,				
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/10/2023 / Empresa / Titular: BRUNO PEDRO DE SOUZA											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						