

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92446812

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	ribuído pela Opera	adora							
343269						9244	6812				
4 - Data da Autorização 05/09/202		5 - Senha	92446812	6 - Data de Valid	dade da Senha 04/11/202 3						
Dados do Beneficiário			92440012		04/11/2023						
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
005000003448366 29/07/2024						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome EUCLIDES FAVO	RETO										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operad			13 - Nome do C	Contratado ORTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissio	nal Solicita	nte		-		selho Profissio	nal	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
MARCUS VINICIU	S DANIE	ELI			06			18734		41	225270
Dados do Hospital / L			-								
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-0		- 11		tal / Local Solicitade OPEDIA ESPE		ΓDA			1	a sugerida p 2 023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendime	22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internaçã		ação 24 - Regin					revisão de uso de OPME 27 - I		Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С		1	1			S			N
28 - Indicação Clínica lesao do lca condral	menisco i	oelho esquer	do								
29 - CID 10 Principal (c	pcional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	sional) 32 - CII	10(4) (opcion	nal)	33 - Indicação de A	,	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Ite			ados								
34 - Tabela 35 - Có		ocedimento	36 - Descrição		PEMOCAO DE	CORROS LI	VDEC)	DROCEDIMEN		- Qtde. Soli	
1- 22 30733 2- 22 30733				•				- PROCEDIMEN OARTROSCOPI			1
3- 18 60000				ACOMPANHAN					1		1
4- 18 60000				APARTAMENT					1		1
5- 18 60024			ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO PA	ARA AF	RTROSCOPIA F	AR 1		1
6- 7-	 	- 							 	-lll 	_
8-	 										
9-	. _	_ _							_	_	
10- _		_								_	
11- _ 12- _	. 	- -							 	-ll -l l	
Dados da autorização											
39 - Data provável da A		ospitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizad	а				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES											
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/09/2023 / Empresa / Titular: EUCLIDES FAVORETO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
i - Data da Sullutação	•	+1 - Maaiii	atara ao 1 10115510	nai concitante	Assiriatura 00		a iveshoi	100 VOI 48 - MSSI	natura UU	. responsav	oi poia Autorização



2 - Nº Guia no Prestador



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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	
343269	92446812		92446812	05/09/2023 18:43		92446812
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000003448366						
8 - Nome						
EUCLIDES FAVORETO)					
Dados do Profissional Solic	itante					
9 - Nome do profissional solici	tante	10 - Telefone	1	I - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
lesao do lca + condral meni lesao do lca condral menis						
lesae de lea condiai menis	oo joenio esquerao					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 - Descrição		16 - Opcão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	ritado 19 - Otde Autorizado	20 - Valor I Initário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		rial no fabricante	23 - Nº Autorização		ilado 19 - Qide. Adiolizada	20 - Valor Officano Autorizado
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	1	_ _ _ , _	_ 1	,
80777280006	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2-			_ - - -	_	_ _	,
			. -	_ _ _ _ _	_	
3- _				_	_	,
				_ _ _	II 	_ ,
				!	-I	IIII ¹ II
5-					_,, _	_ _ ,
				 _		
6-	_ _ _		_ _ _ -	_ _ _ , _	_	,
				_	_	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 05/09/2023 / Empresa / Titular:	FUCLIDES FAVORETO				
10.0.0.00	0, 2 0000 ; 2	2001.22017.1101.210				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
			II.			