

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90752817

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 343269 | - Número | Número da Guia Atribuído pela Operadora | | | | | | | | | |
|--|------------|---|--|---------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------|----------------------------------|--|---|--|
| 4 - Data da Autorização 05/04/2023 1 | 11 | 5 - Senha 90752 | | 6 - Data de Valid | dade da Senha 04/06/2023 | 3 | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN | | | | | | | | | | | |
| 0050000001478292 | | | 21/0 | 21/01/2024 N | | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | 13 - Nome do Contratado | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 | | UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional S ALEXANDRE DE OLI | | | <u>z</u> | | 15 - Cor 06 | 15 - Conselho Profissional 06 | | 16 - Número do Conselho 17905 | | 0 17 - UF 18 - Código CBO 41 225270 | |
| Dados do Hospital / Loca | l Solicita | do / Dados | da Internação | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 24/04/2023 00:00 | | | | | | | | | | | |
| 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Interna | | | ıção 24 - Regin | 25 - Qtde. Diária | Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pi | | de uso de OPME | E 27 - Previsão de | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico | | |
| 1 | | I | | 1 | 3 | | | S | | N | |
| Paciente com dor incapa | | uncional joe | | stabilidade media | | n varo | noll 22 L | odionoŝo do Ani | dente (ceidente qu | doença relacionada) | |
| 29 - Old To Fillicipal (opcio | ilai) | 30 - CID 10(2 | i) (opcional) | 71 - CID 10(3) (opt | 32 - Ci | 7 (0)(4) (OPCIO | 33 - 11 | idicação de Aci | 9 | uoença relacionada) | |
| Procedimentos ou Itens A | | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034 2- 18 60000805 3- | ļ | | DIARIA DE | STIA TOTAL D | ETIVO DE 2 LI | EITOS COM | I BANHEIRC | PRIVATIVO | | 1 38 - Qtde. Aut. 1 3 | |
| Dados da autorização | | 1 | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admi | ssäo hos | pitalar 40 | - Qtde Diárias Au | torizadas 41 | - Tipo de Acomod | ação autorizad | da | | | | |
| 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 / Justificat Telefone Contratado: (43 | | | do em 05/04/202 | | ular: LAERCIO \$ | | ou Responsáve | d 49 - Assina | atura do Responsá | vel pela Autorização | |

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 90752817 2 - Nº Guia no Prestador **MATERIAIS ESPECIAIS - OPME** 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 90752817 90752817 05/04/2023 16:14 90752817 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000001478292 8 - Nome LAERCIO SCARPETA Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica Paciente com dor + incapacidade funcional joelho esquerdo. Instabilidade medial, deformidade em varo. Paciente com dor incapacidade funcional joelho esquerdo Instabilidade medial deformidade em varo **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- 00 73990930 COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01 80044680277 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C 2- 00 72397950 10243070064 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO 74906119 80044680276 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74902318 INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 80044680272 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material

| 25 - Observação / Justifi | icativa |
|---------------------------|---------|
|---------------------------|---------|

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/04/2023 / Empresa / Titular: LAERCIO SCARPETA

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