

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

## **GUIA DE SOLICITAÇÃO** DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95913417

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 95913417 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 24/07/2024 14:39 95913417 22/09/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000060874816 10/03/2025 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **ARTUR LEANDRO MERANOVICZ DOS SANTOS** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 17905 225270 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25/07/2024 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 s Ν 1 28 - Indicação Clínica CISTO SINOVIAL TRATAMENTO CIRURGICO 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30731046 CISTO SINOVIAL - TRATAMENTO CIRURGICO 1 2- 22 30732026 **ENXERTO OSSEO** 1 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 4- |\_\_|\_| 5- |\_\_|\_| 6- |\_\_|\_| 11-12-\_\_\_ |\_\_|\_|  $I \quad I \quad I \quad I$ Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/07/2024 / Empresa / Titular: ARTUR LEANDRO MERANOVICZ DOS SANTOS

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	o pela Operadora
343269		95913417		95913417	24/07/2024 14:39		95913417
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
005000060874816							
8 - Nome							
ARTUR LEANDRO MERANOVICZ DOS SANTOS							
Dados do Profissional Solicitante							
·			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica CISTO SINOVIAL - TRATA CISTO SINOVIAL TRATAN							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>00</b>	EN		PATITA HAP-91 GRANULADO 10 MESH 10 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  2		_  2	_ _ , _
2-		AKTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESOR TOPEDICOSLIDA			_	_ ,
<del>                                   </del>	 					-I	
3-	_,_,_,_,_, _ _ _ _					_,, _	,
		_ _ _ _ _		_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
4-   _     _					_   _ _ ,	_	_,
					_ _ _ _		
5-   _   _   _   _   _   _   _	_ _ _				_	_	,
		IIIII				 -	_ _ _ ,
•   <u> _                                 </u>						-ı ı—ı—ı—ı _ll	I—I—I—I"I—I—I
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefono Controlled (43)3273 0000 / Emitido em 24/07/2024 / Emercos / Titulou A DTUD LE ANDRO MEDANOVICZ DOS SANTOS							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/07/2024 / Empresa / Titular: ARTUR LEANDRO MERANOVICZ DOS SANTOS							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização		
20 Data da Obilolação	Zr - Assiliatura do Fi	Shoolorial Colloitalite		20 - Assiriatura ut	o mooponisavoi poia Autorização		