

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95139461

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Númo	ro da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269	o - Nume	io da Guia Ali	ibuldo pela Opera	uuora		9513	9461				
4 - Data da Autorização 15/05/2024	17:52	5 - Senha	95139461	6 - Data de Valid	dade da Senha 14/07/2024						
Dados do Beneficiário	17.55		33133401		1-7017202-						
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000060995222			01/12	2/2024		N					
50 - Nome Social											
SO Nome Godal											
10 - Nome											
DENIS JAMES MAR	ANGO	NI									
Dados do Contratado S	olicitante	)									
12 - Código na Operadora			13 - Nome do C								
10.246.214/0001-04			UNIORT E O	RTOPEDIA ES							
14 - Nome do Profissiona					11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734			Conselho   17 - UF   <b>41</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>
MARCUS VINICIUS					06			16734		41	225270
Dados do Hospital / Loc 19 - Código na Operadora				al / Local Solicitado				1	21 Date	o cugorido p	ara Internação
10.246.214/0001-04	1/ CINFJ	- 11	•	OPEDIA ESPE		ΓDA			1	2024 00:0	1
22 - Caráter do Atendiment	0 23 -	Tipo de Interna		ne de Internação						Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С	,	1	1			S			N
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (opc	ional)	30 - CID 10(2	) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	0 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	•	cidente ou c	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assister	nciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Códi		cedimento	36 - Descrição							- Qtde. Soli	
1- 22 3073306								O VIDEOARTRO			2
2- <b>22 3073307</b> 3- <b>22 307312</b>				ICAO, RETEN				O LIGAMENTO	CR 1 1		1
4- 22 3071002								ETALICAS INTR			1
5- 18 6000080				-	•			EIRO PRIVATIV			1
6- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APARI	ELHO / EQUIP	AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA F	PAR 1		1
7-	_								L	_	
8-	_									_	<u>   </u>
9-        _   10-	_								-	_	
11-	 	 							 	-!!! 	 
12-	 -  _	 								_!!!	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adr	nissão ho	spitalar 40	· Qtde Diárias Aut	torizadas 41 -	- Tipo de Acomod	ıção autorizad	a				
·		·	1	1							
42 - Código na Operadora	a / CNPJ	autorizado	1	ospital / Local Auto			_			][	44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/05/2024 / Empresa / Titular: TATA CONSULTANCY SERVICES DO BRASIL LTDA  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
TO - Data da Sullcitação		+1 - Assina	atura uU F101155101	nai Sonoitante    4	- noomaluid 00	Penenciano 0	u ivesho	113ave1   49 - ASS	matura UO	responsav	oi heia vininisačan



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	mero da Guia atribuído pela Operadora	
343269		95139461		95139461	15/05/2024 17:53		95139461
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000060995222							
8 - Nome							
<b>DENIS JAMES MARAN</b>	GONI						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
MARCUS VINICIUS DA	NIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RECONSTRUCAO, RETEN RECONSTRUCAO RETEN							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N	laterial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00597007	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	<u> </u>		_  1	_ _ ,
80044680085	DI A		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			1 4	
2- <b>00</b> 70627657 10208610040	PLA		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1		_  1	_ _ , _
3- <b>00 00499293</b>	CAI		O OB F 2,9X5,5MM 892350000				
80356130052	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_  1	_ ,
4- <b>00</b> 100457630	FIO		RVIVEL DE ALTA RESISTENCIA MONOFILA			_  3	,
81544220019	110		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<u>   </u>	_1 •	
5-		7				_	,
	 _				_		1
6-   _     _					_	_	,
	_ _ _				_ _ _ _	_ _	
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 15/	/05/2024 / Empresa / Titular:	TATA CONSULTANCY SERVICES DO BRASIL LTDA	A			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		