

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92115574

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Oper	adora							
343269						9211	15574				
4 - Data da Autorização	42.05	5 - Senha	00445574	6 - Data de Valid							
07/08/2023 Dados do Beneficiário	13:25		92115574		06/10/202	<u> </u>					
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000059583404 23/02/2025						N					
50 - Nome Social											
10 - Nome BEATRIZ REZEND	E DA CI	II \/ A									
Dados do Contratado											
12 - Código na Operado			13 - Nome do 0	Contratado							
10.246.214/0001-04	ı		UNIORT E	ORTOPEDIA E	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissiona					11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Co			onselho	17 - UF	18 - Código CBO
JOAO PAULO FER					06			28617			225270
Dados do Hospital / Lo			-	tal / Local Solicitado					21 - Data	sugarida n	ara Internação
10.246.214/0001-04		11		OPEDIA ESPE		TDA			1	2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendimer	ito 23 -	Tipo de Interna	ação 24 - Regir	áo 24 - Regime de Internação 25 -		Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		revisão de uso de OPME 27 - I		Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С		1	1			S			N
28 - Indicação Clínica Iuxação recidivante de	natela	natela alta le	sao I PFM ioelh	n direito							
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cl	O 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	,	cidente ou c 9	doença relacionada)
Procedimentos ou Iten											
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307331		ocedimento	36 - Descrição		DATELAD D	HEASELA	TEDAL	. DA PATELA, R		- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 307331				IIAS E/OU PSE					1		1
3- 22 307312	16		TRANSPOS	SICAO DE MAIS	DE 1 TENDA	- TRATAN	MENTO	CIRURGICO	1		1
4- 18 600008								EIRO PRIVATIV			1
5- 18 600241	51		ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO P	ARA A	RTROSCOPIA F	PAR 1		1
0	 -	.lll							- -	-!!! _ _	 -
8-	ii									_iii	
9- _	_ _ _								_	_	_ _ _
10- . 11- .	_ _ _	.								_	
12-	 -	-111 -111							- -	-!!! _ _	 -
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ac	lmissão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Au	itorizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 44 - Código CNES								-			
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/08/2023 / Empresa / Titular: CONSIGA CONTABILIDADE E CONSULTORIA LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
and da cononação		'' /\\	40 1 10110310			_55.10.0110		-70 - 7100		coporiouv	po.a tatorização



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

"	- Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92115574		92115574	07/08/2023 13:25		92115574	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000059583404								
8 - Nome								
BEATRIZ REZENDE DA								
Dados do Profissional Solicita								
9 - Nome do profissional solicitar			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
JOAO PAULO FERNAND	DES GUERREIRO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica luxação recidivante de patela luxação recidivante de patela	+ patela alta+ lesao LP patela alta lesao LPFM	FM joelho direito I joelho direito						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 00590045 80777280006	LAI	MINA PARA SHAVER SET	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ ,	_ 1	_ _ , _	
			REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB			1	,	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-ı ·	1	
			ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	3		_ 3	_ _ ,	
80044680086		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-		
4- 00590495	PAF	RAFUSO CORTICAL 3,5X2	ОММ	3	,	_ 3	,	
10247700039		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
5- _					_	_	_,	
					_ _ _ _			
6- _					_	_ _	_ ,	
						_		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/08/2023 / Empresa / Titular: CONSIGA CONTABILIDADE E CONSULTORIA LTDA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			