

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93832035

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora								
343269	I C. Camba			C Data da Vali		\b.	9383	2035				
4 - Data da Autorização 23/01/2024 12:	5 - Senha		8832035	6 - Data de Valid		03/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 0050000001661003			11	lidade da Carteira 6/2024		9-	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social			25/00	J/2024								
10 - Nome MAURICIO ANTONIO SCHUSTER												
Dados do Contratado Solic	itante											
12 - Código na Operadora		H	Nome do Co		CDECIA	117404	LTDA					
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional So	liaitanta	UNI	OKIEU	RTOPEDIA E				- I	16 - Número do	Canaalha	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE RIBEIRA		4			15 - Conselho Profissional 16 - Número d 28281				Conseino	41	225270	
Dados do Hospital / Local S			•									
19 - Código na Operadora / C	- 11			al / Local Solicitad		4D4 I T	D.4			11		ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESPE						<u> </u>	2024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pre	visão de uso de O S	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica VIDEOARTROSCOPIA DE	JOELHO ESC	QUERDO										
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID ·	10(2) (opci	onal) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID	10(4) (opcior	nal) 3	33 - Indicação de	Acidente (a	icidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	eistanciais Soli	icitados										
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	RE OS DIA	TEOCON ARIA DE UGUELT	J SUTURA DE DROPLASTIA QUARTO COL AXA DE APAR	- ESTA ETIVO I	BILIZAC DE 2 LEI EQUIPA	AO, RESS TOS COM MENTO PA	ECCAC BANHE ARA AF	D E/OU PLAST EIRO PRIVATI RTROSCOPIA	OSC 1 TA# 1 VO 1	7 - Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	а				
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			1	1	F - 40	Judy						
42 - Código na Operadora / 0 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11		ospital / Local Auto		LIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/01/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA ASSEMUR 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 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 9

93832035

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93832035		93832035	23/01/2024 12:14		93832035
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001661003							
8 - Nome							
MAURICIO ANTONIO S	CHUSTER						
Dados do Profissional Solic							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA						
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica							
PACIENTE COM DOR EM VIDEOARTROSCOPIA DE		M PIORA PROGRESSIVA I	DA ALGIA, EVOLUIU COM ROTURA DO MENICO ME	EDIAL COM \"FLAP\"	E LESÃO OESTEOCONDRAL. I	ENCAMINHO PARA CIRUI	RGIA POR VIDEOARTROSCOPIA
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	Adv. 61 Av. III		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00499293		22 - Referência do mate	rial no fabricante NO OB F 2,9X5,5MM 892350000	23 - Nº Autorização I I 1	de Funcionamento	1	
80356130052	OA!		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_l '	-
2- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1		_ 1	
80743230025		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_ .	
3- 00 78898676	DIS	POSITIVO DE REPARACA	AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	3	_ _ _ ,	_ 3	_ _ , _
80044680449		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_		
4-					_	_	,
	_ _ _				_ _ _ _	_	
5-	_ _ _				_	_	_,
	 	I—I—I—I—I—I—	-			 _	
					_		I—I—I—I"—I—I
24 - Especificação do Material	,,,						
25 - Observação / Justificativa							
		·	ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		