

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93837683

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N 343269	Número da Guia A	Atribuído pela Op	peradora			93837683				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Val	idade da Se		23037003				
23/01/2024 16:	9383768	33	23/0	3/2024						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000061049428 N										
50 - Nome Social			03/02/2023							
10 - Nome FERNANDO HENRIQUE DAL POZ										
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11		SPECIAL	IZADA I TD	Δ				
10.246.214/0001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   14 - Nome do Profissional Solicitante   15 - Conselho Profissional   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código CBO										
ALEXANDRE RIBEIRA				11	06 28281		1	41 225270		•
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		IORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ						02/2024 00:00		
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inter	nação   24 - Re	gime de Internação 1	25 - Qtd	e. Diárias Solicita <b>1</b>	das   26 - Pr	revisão de uso de OP	ME   27 - Pr		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica VIDEOARTROSCOPIA DE JOELHO direito										
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)										
							9			
Procedimentos ou Itens Ass										
34 - Tabela     35 - Código do       1- 22     30733065       2- 22     30733049       3- 22     30733014       4- 18     60000805       5- 18     60024151       6-	Procedimento	OSTEOC SINOVEO DIARIA D	ÃO OU SUTURA DE ONDROPLASTIA CTOMIA TOTAL - E QUARTO COI LTAXA DE APAR	A - ESTAB PROCED LETIVO D	SILIZACAO, R DIMENTO VID E 2 LEITOS (	ESSECCA EOARTRO COM BANH	O E/OU PLASTI SCOPICO DE JO HEIRO PRIVATIV	OSC 1 A # 1 OEL 1 O 1	Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1
39 - Data provável da Admissa	ão hospitalar 4	0 - Qtde Diárias	- 11	- Tipo de A	comodação aut	orizada				
[ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [		1	1							44 0/ "
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código CNE 6528104									44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/01/2024 / Empresa / Titular: MARCELA RODRIGUES GODOY DAL POZ 07151513984  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 **93837683** 

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 93837683 93837683 23/01/2024 16:34 93837683 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000061049428 8 - Nome FERNANDO HENRIQUE DAL POZ Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica PACIENTE COM ENTORSE AGUDO DE JOELHO DIREITO, DOR INTENSA, EVOLUIU COM ROTURA DE MENISCO LATERAL, PRESENCA DE CORPO LIVRE INTRA ARTICULAR E LESÃO OSTEOCONDRAL. ENCAMINHO PRA TRATAMÊNTO CIRURG VIDEOARTROSCOPIA DE JOELHO direito **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 00499293 1- 00 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 78898676 DISPOSITIVO DE REPARAÇÃO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D 3- 00 80044680449 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 23/01/2024 / Empresa / Titular: MARCELA RODRIGUES GODOY DAL POZ 07151513984 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização