

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91206224

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído p	ela Operad	lora									
343269							91206	6224					
4 - Data da Autorização 16/05/2023 11:57			91206224 6 - Data de Validade da 15/			Senha /07/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira		† †	8 - Validade da Carteira			9 - Atendimento de RN							
0050000059429880 50 - Nome Social		31/05/2024				N							
10 - Nome FABIO FRANCA DUARTE													
Dados do Contratado Solic	itante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA													
14 - Nome do Profissional So ALEXANDRE RIBEIRA					15 - Cons 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número o 28281			Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação													
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	- 11		•	/ Local Solicit	ZADA LTDA				21 - Data sugerida para Internação 15/06/2023 00:00				
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação	24 - Regime de Internação 1		25 - Qt	5 - Qtde. Diárias Solicitadas 1		26 - Previs	- Previsão de uso de OPME S		E 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica M232 TRANST MENISCO			_										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2))(2) (opcio	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados											
1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 98 08011081 4- 18 60024151 5-	o Procedimento	REP OST PCT	EOCONE ARTROS IGUELTA	OROPLASTI SCOPIA DE	IA - ESTA : JOELHO ARELHO /	BILIZAC UNIORT EQUIPA	AO, RESSE E - ENF MENTO PA	RA ART		OSC 2 IA# 1 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 2 1 1 1	
Dados da autorização	ão bospitolos 4	O Otdo D	Diárias Auto	rizadas	44 Tipo do	Assmadas	ão outorizado						
39 - Data provável da Admiss	ao nospitalar 4	÷u - Qtde D	Diárias Auto 1	11	41 - Tipo de 1	Acomodaç	ão autorizada						
1			43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104									44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/05/2023 / Empresa / Titular: GELOBEL COMERCIO DE BEBIDAS E ASSADOS LTDA EPP 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 **91206224**

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 91206224 91206224 16/05/2023 11:57 91206224 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000059429880 8 - Nome **FABIO FRANCA DUARTE** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica PACIENTE SOFREU ENTORSE NO JOELHO ESQUERDO, EVOLUI COM DOR INTENSA, LIMITAÇÃO FUNCIONAL, ROTURA DOS MENISCOS MEDIAL E LATERAL, ASSOCIADO A CONDROPATIA. INDICO TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEOARTR M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO **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 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 2- 00 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/05/2023 / Empresa / Titular: GELOBEL COMERCIO DE BEBIDAS E ASSADOS LTDA EPP 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização