

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91799182

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS   | 3 - Númer   | ro da Guia Atr  | ibuído pela Opera  | adora                     |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
|--|-------------|-----------------|--------------------|---------------------------|--------------------|--|----------|------------------------------------|------------|--------------|-----------------------|
| 343269   | II          |                 |                    |                           |                    |  | 9182     |                                    |            |              |                       |
| 4 - Data da Autorização  | - 11        | 5 - Senha       |                    | 6 - Data de Valid         |                    | ]  |          |                                    |            |              |                       |
| 07/07/2023   | 16:48       |                 | 91799182           |                           | 05/09/202          | <u>-                                    </u> |          |                                    |            |              |                       |
| Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira   8 - Validade da Carteira   9 - Atendimento de RN   |             |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
| 0050000002545660   |             |                 | 11                 | 1/2024                    |                    | N  | ue ilii  |                                    |            |              |                       |
| 50 - Nome Social   |             |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
| SU - NOTITE SUCIAL   |             |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
| 10 - Nome  |             |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
| MICHELINE TAVAR  | ES PAC      | DUAN            |                    |                           |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
| Dados do Contratado Solicitante  |             |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
| 12 - Código na Operadora<br>10.246.214/0001-04   |             |                 | 13 - Nome do C     | ontratado<br>ORTOPEDIA ES | SDECIAL IZAT       | A I TDA                                      |          |                                    |            |              |                       |
| 14 - Nome do Profissional  | Solicitant  |                 | ONIONIEC           | TOPEDIA E                 |                    | selho Profissio                              | nal      | 16 - Número do Co                  | nselho     | 17 - UF      | 18 - Código CBO       |
| ALEXANDRE RIBEII   |             |                 |                    |                           | 06                 | ††   |          |                                    | niscino    | 41           | 225270                |
| Dados do Hospital / Loc  | al Solicita | ado / Dados     | da Internação      |                           |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
| 19 - Código na Operadora   | / CNPJ      | 20 -            | Nome do Hospit     | al / Local Solicitado     | 0                  |  |          |                                    | 21 - Data  | a sugerida p | ara Internação        |
| 10.246.214/0001-04   |             | UN              | IIORT E ORTO       | OPEDIA ESPE               | CIALIZADA L        | TDA  |          |                                    | 20/07/2    | 2023 00:0    | 0                     |
| 22 - Caráter do Atendimento  | 23 - 7      | Tipo de Interna | ção 24 - Regim     | ne de Internação          | 25 - Qtde. Diária  | s Solicitadas                                | 26 - Pre | evisão de uso de OPI               | ME 27 - I  | Previsão de  | uso de Quimioterápico |
| 1<br>28 - Indicação Clínica  |             | С               |                    | 1                         | 2                  |  |          | S                                  |            |              | N                     |
|  |             |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
| 29 - CID 10 Principal (opci  | onal)       | 30 - CID 10(2   | ) (opcional)       | 31 - CID 10(3) (opc       | ional) 32 - Cl     | 0 10(4) (opcior                              | nal)     | 33 - Indicação de A                | cidente (a | cidente ou c | doença relacionada)   |
| Procedimentos ou Itens   |             |                 | dos                |                           |                    |  | , -      |                                    |            |              |                       |
| 34 - Tabela 35 - Códig   |             | cedimento       | 36 - Descrição     | L CUTUDA DE               | LIM MENICCO        | BBOCEDI                                      | MENIT    | NIDEO ARTRO                        |            | - Qtde. Soli | _                     |
| 1- 22 3073306<br>2- 22 3073304   |             |                 |                    |                           |                    |  |          | O VIDEOARTRO<br>O E/OU PLASTI      |            |              | 1                     |
| 3- <b>98 0801108</b>   |             |                 |                    | SCOPIA DE J               |                    | •  |          |                                    | 1          |              | 1                     |
| 4- 18 6000080  | 5           |                 | DIARIA DE          | QUARTO COL                | ETIVO DE 2 L       | ITOS COM                                     | BANH     | EIRO PRIVATIV                      | 0 1        |              | 1                     |
| 5- 18 6002415  | 1           |                 | ALUGUELT           | AXA DE APAR               | ELHO / EQUIP       | AMENTO P                                     | ARA A    | RTROSCOPIA F                       | PAR 1      |              | 1                     |
| 6-   _       _<br>  7-   | _  _        |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    |            | _            |                       |
|  | -111-<br>   | <br>            |                    |                           |                    |  |          |                                    | <br>       | -!!!<br>     | <br>                  |
| 9-   |             |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    |            |              | <br>  _               |
| 10-         _  | _  _        | _ _ _           |                    |                           |                    |  |          |                                    | l_         | _            | _                     |
| 11-  | -           | _ _ _           |                    |                           |                    |  |          |                                    |            | _            |                       |
| 12-  | -  -        |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    | _          | _            |                       |
| Dados da autorização   | ~           |                 | Otto Division Aut  | 1 44                      | T                  |  | _        |                                    |            |              |                       |
| 39 - Data provável da Adm  |             |                 | · Qtde Diárias Aut | 1                         | - Tipo de Acomod   | açao autorizad                               | a        |                                    |            |              |                       |
|  |             |                 |                    |                           |                    |  |          | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b> |            |              |                       |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/07/2023 / Empresa / Titular: MICHELINE TAVARES PADUAN |             |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
|  |             |                 |                    |                           |                    |  |          |                                    |            |              |                       |
| 46 - Data da Solicitação   |             | 47 - Assina     | atura do Profissio | nal Solicitante           | 48 - Assinatura do | Beneficiário o                               | u Respo  | nsável 49 - Ass                    | natura do  | Responsáv    | el pela Autorização   |



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

| 1 - Registro ANS   | 3 - Número da Guia Referenciada                                  | 4 - Senha   | - Senha             |   |                               | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |  |  |  |  |
|--|--|---|---------------------|---|-------------------------------|---|--|--|--|--|
| 343269   | 91799182   |   | 91799182            | 07/07/2023 16:48                        |                               | 91799182                                    |  |  |  |  |
| Dados do Beneficiário  |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira   | 29 - Nome Social   |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| 0050000002545660   |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| 8 - Nome   |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| MICHELINE TAVARES PADUAN   |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| Dados do Profissional Solicitante  |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solici  |  | 10 - Telefone   | 11                  | I - E-mail                              |                               |   |  |  |  |  |
| ALEXANDRE RIBEIRA  | PROVENZA   |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| Dados da cirurgia  |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
|  | E MENISCO LATERAL ASSOCIADO A LESÃO COND<br>DEV RUPTURA OU LESÃO | ORAL EM JOELHO ESQUERDO . ENCAMINHO PARA              | A TRATAMENTO CIR    | URGICO POR VIDEOARTROSC                 | OPIA                          |   |  |  |  |  |
| OPME Solicitadas   |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do I   |  |   |                     | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada 2 | 20 - Valor Unitário Autorizado              |  |  |  |  |
| 21 - Registro ANVISA do Mate   |  |   | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento                        |                               |   |  |  |  |  |
| 1- <b>00 00590045 80777280006</b>  | LAMINA PARA SHAVER SET   | TORMED - 001030306<br>CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |                     | _ _ _ ,                                 | _  1                          | _ ,   |  |  |  |  |
| 2- <b>00</b>   |  | IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200                     |                     |   | 1                             | ,   |  |  |  |  |
| 80743230025  |  | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                       |                     |   |                               | I—I—I—I·I—I                                 |  |  |  |  |
| 3-   |  |   |                     |   | _                             | _ _ ,                                       |  |  |  |  |
|  |  |   |                     | _                                       | _ _                           |   |  |  |  |  |
| 4-   _      _  | _ _ _  |   |                     | _                                       | _                             | ,   |  |  |  |  |
|  |  |   |                     | _   _                                   | _                             |   |  |  |  |  |
| <sup>5-</sup>  |  |   |                     | _                                       | _                             | _ ,   |  |  |  |  |
|  |  |   |                     |   | <br>-                         | ,   |  |  |  |  |
| •   <u> _                                 </u>   | _ _ _ _ _ _ <br>  _ _ _  |   |                     |   | -ı ı—ı—ı—ı<br>_               | I—I—I—I"I—I—I                               |  |  |  |  |
| 24 - Especificação do Materia  |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa  |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/07/2023 / Empresa / Titular: MICHELINE TAVARES PADUAN |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
|  |  |   |                     |   |                               |   |  |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação   | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante                      |   | 28 - Assinatura do  | Responsável pela Autorização            |                               |   |  |  |  |  |