



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **93745409**
(Via HOSPITAL)

| | | |
|--|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93745409 | |
| 4 - Data da Autorização 15/01/2024 18:28 | 5 - Senha 93745409 | 6 - Data de Validade da Senha 15/03/2024 |

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| Dados do Beneficiário | | |
| 7 - Número da Carteira 0050000059480303 | 8 - Validade da Carteira 10/09/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
| 50 - Nome Social | | |
| 10 - Nome ANTONELLA CAVEQUIA RODRIGUES | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | | 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO | | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 28617 | 17 - UF 41 | 18 - Código CBO 225270 |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|---|
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 | | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | | 21 - Data sugerida para Internação 16/01/2024 00:00 |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação C | 24 - Regime de Internação 1 | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1 | 26 - Previsão de uso de OPME S | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N |
| 28 - Indicação Clínica luxação inveterada em patelas 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 Assistenciais Solicitados | | | | | |
| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. | |
| 1- 22 | 30726190 | LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR | 1 | 1 | |
| 2- 22 | 30731119 | TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO | 1 | 1 | |
| 3- 22 | 30733103 | INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET | 1 | 1 | |
| 4- 22 | 30731216 | TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO | 1 | 1 | |
| 5- 18 | 60000384 | DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA | 1 | 1 | |
| 6- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 | |
| 7- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 | |
| 8- | | | | | |
| 9- | | | | | |
| 10- | | | | | |
| 11- | | | | | |
| 12- | | | | | |

| | | | | |
|---|---|--|---|------------------------------------|
| Dados da autorização | | | | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | | 40 - Qtde Diárias Autorizadas 1 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | | 44 - Código CNES 6528104 |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/01/2024 / Empresa / Titular: MARCOS ANTONIO RODRIGUES | | | | |
| 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 93745409

| | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 93745409 | 4 - Senha 93745409 | 5 - Data da Autorização 15/01/2024 18:28 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93745409 |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|

| | |
|--|--|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 0050000059480303 | 29 - Nome Social ANTONELLA CAVEQUIA RODRIGUES |

| | |
|--|------------------------------|
| Dados do Profissional Solicitante | |
| 9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO | 10 - Telefone 11 - E-mail |

| | |
|--|--|
| Dados da cirurgia | |
| 12 - Justificativa técnica luxação inveterada em patelas - joelho direito luxação inveterada em patelas joelho direito | |

| OPME Solicitadas | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 13 - Tabela | 14 - Código do Material | 15 - Descrição | 16 - Opção | 17 - Qtde. Solicitada | 18 - Valor Unitário Solicitado |
| 21 - Registro ANVISA do Material | | 22 - Referência do material no fabricante | 23 - Nº Autorização de Funcionamento | 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 1- 75043114 | | SUTURA CIRURGICA TRANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09 | _ 2 | _ _ _ _ _ _ _ 2 | _ _ _ _ _ _ _ |
| 80083650067 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 2- 00 00499218 | | CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,4X4,5MM 891630000 | _ 1 | _ _ _ _ _ _ _ 1 | _ _ _ _ _ _ _ |
| 80356130052 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 3- 00 71502718 | | ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J | _ 2 | _ _ _ _ _ _ _ 2 | _ _ _ _ _ _ _ |
| 80044680086 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 4- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 5- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 6- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |

| |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do Material |
|--------------------------------|

| | |
|---|--|
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 15/01/2024 / Empresa / Titular: MARCOS ANTONIO RODRIGUES | |
|---|--|

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|---|