

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94712480

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número o	da Guia Atrib	uído pela Oper	radora		947	12480				
4 - Data da Autorização 10/04/2024	11	Senha	94712480	6 - Data de Vali	dade da Senha 09/06/2						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - V	alidade da Carteira		9 - Atendiment	to de RN				
0050000035857075			10/0	06/2025		N	I				
50 - Nome Social											
SU - NUME SUCIAI											
10 - Nome WENDELL TAMBEL	LINI DO A	AMARAL									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora	ı	11	13 - Nome do (								
10.246.214/0001-04			UNIORT E	ORTOPEDIA E							
14 - Nome do Profissional		CN7A			- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do					18 - Código CBO
ALEXANDRE RIBEI					06			28281		41	225270
Dados do Hospital / Loc				ital / Lanal Calinita	<b>-</b>				l oa Date		ara Internação
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	11		ital / Local Solicitad		LTDA			11	a sugerida p 2024 00:0	•
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo	o de Internaçã	io 24 - Regi	me de Internação	25 - Qtde. D	árias Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de OPME 27 - I		Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С		1		2		S			N
28 - Indicação Clínica VIDEOARTROSCOPIA	DE 105111	0.500::55									
VIDLOAKTROSCOFIA	DL JOLLI	O LOQUEN	.00								
29 - CID 10 Principal (opc	ional) 30	- CID 10(2)	(opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32	CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A	Acidente (a	cidente ou c	doença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Itens	Assistencia	ais Solicitado	os								
	o do Proced	limento	36 - Descrição							- Qtde. Sol	
1- 22 3073306								O VIDEOARTRO			1
2- 22 3073304						-	SECCA	O E/OU PLASTI			1
3- 98 0801108				OSCOPIA DE J			4 5 4 5 11	IEIDO DDIVATI	1		1
4- 18 6000080								IEIRO PRIVATI\			1
5- <b>18 600241</b> 5	'' 		ALUGUEL	IAAA DE APAK	LLHU / EQI	MENIU F	АКА А	RTROSCOPIA	PAR 1	1 1 1	1 1 1 1
<sup>0-</sup>	-1ll     I	III 							- 	_III I I I	 
	-1II  	!! 							- 		 
9-	II 	,, 							! I		 
10-	_,, _  _								- 	_,, _  _	_    _
11-	, _	. —.—.   _									,, 
12-		   _							i_	_	i_i_i_i
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adr	nissão hospit	talar 40 - 0	Qtde Diárias Au	utorizadas 41	- Tipo de Acor	nodação autoriza	da				
			2	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 10/04/2024 / Empresa / Titular: WENDELL TAMBELLINI DO AMARAL											
46 - Data da Solicitação		47 - Assinati	ura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatur	do Beneficiário	ou Respo	onsável 49 - Ass	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refer	l t	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído					
343269		94712480		94712480	10/04/2024 08:50		94712480				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000035857075											
8 - Nome											
WENDELL TAMBELLIN	NI DO AMARAL										
Dados do Profissional Solid											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM DOR EM VIDEOARTROSCOPIA DE		VOLUIU COM ROTURA DO MI	ENISCO MEDIAL E LESÃO OSTEOCONDRAL. EN	NCAMINHO PARA TR	ATAMENTO CIRURGICO POR V	IDEOARTROSCOPIA.					
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15	i - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate	erial	22 - Referência do materia		23 - Nº Autorização							
1- 00 100066879	С		RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	<u>    1                                 </u>		_  1	_ _ _ ,				
81288540024	•		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- 00 00116700	C		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	_  ,	_  1	,				
80743230025 3- 00 78898676	<b>D</b>		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA O DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	    3		_  3					
80044680449	J		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  3 	-           -	_  3	_ ,				
4-		ARTINOM COMERCO	IO DE IIII EARTESORTOI EDIOGGETDA			_	_ ,				
	_ <del> _ </del>  _ _ _  _				_,		ı—ı—ı—ı-ıı-ı				
5-	,,,,,, 	,,_,_,				 _l	,				
6-   _	_ _ _  _			_   _ -	_	_	_ _ , _				
					_ _ _ _	_ _					
24 - Especificação do Materia											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/04/2024 / Empresa / Titular: WENDELL TAMBELLINI DO AMARAL											
1000010 00111141440. (10)0	orz cocc, zminac cm i	0/0 //2021/ Emproda / Halar. 1	VENUELLINI DO AMANONE								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do	Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização						