



| |__|_/|__|/|__|/|

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da G	uia Atribuído								
343269			90086834							
4 - Data da Autorização 06/02/2023 18:	5 - Senha		90086834	6 - Data de \	'alidade da Senha 07/04/20					
Dados do Beneficiário	.30		9000034		01/04/20	023				
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carteira		9 - Atendiment	o de RN	7			
0050000001748516			29/06/2024			N				
10 - Nome			''		1		11 - Cartão Nac	ional de Saúd	le	
CASSIO HENRIQUE B	OSSA						7052024200	92671		
Dados do Contratado Solicitant	е	10								
12 - Código na Operadora		H	me do Contratado RT E ORTOPEDIA E	CDECIAL 17	ADALTDA					
10.246.214/0001-04	• .	UNIO	KI E OKTOPEDIA E	SPECIALIZ			7/10 11/		La ue l	[40, 0/ II 000
14 - Nome do Profissional Solic JOAO PAULO FERNA		REIRO			15 - Conselho P	rofissional	16 - Número d 28617	lo Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solici	itado / Dados da Ir	ternação								
19 - Código na Operadora / CN	11		Hospital / Local Solicitado					1	-	Internação
10.246.214/0001-04			E ORTOPEDIA ESPE	CIALIZAD	A LTDA			08/02/20		
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Inter	nação 24	4 - Regime de internação 1	25 - Qtde. c	iárias Solicitadas 1	26 - Previs	são de uso de OP	ME 27 - Pre		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica		DIDEITO								
LESÃfO DO MENISCO MI	EDIAL JOELHO	DIREITO								•
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional) 33	3 - Indicação d	le Acidente (acide	nte ou doenç	a relacionad	la)
								9		
Procedimentos ou Itens Assiste	nciais Solicitados									
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36 - De	escrição					3	37 - Qtde. S	olic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733065			ARO OU SUTURA DI							1
2- 22 30733049			EOCONDROPLASTI		•					1
3- 22 30731216			NSPOSICAO DE MAI RIA DE QUARTO CO							1
4- 18 60000805 5- 18 60024151			GUELTAXA DE APA							1
6-	1111	I	GUELTAXA DE AFA	KELHO / E	QUIFAMENT	O FARA A	AK I KOSCOF	IA FAN		
7-								I	— — — 	
8-		i							;;_ _	—.—. I I—I—I—I
9-	_ _ _	İ						i	_i_i_	
10-	_ _ _ _	l							_ _ _	
11-	_ _ _ _	.l							_ _ _	
12-	_ _ _ _	.l							_ _ _	_ _
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissão	o hospitalar	0 - Qtde Dia	rias Autorizadas 41 - Tipo	de acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CN	IPJ autorizado	43 - Nor	me do Hospital / Local Autori	zado		ı				44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 06/02/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA AS SEMUR										
46 - Data da Solicitação	47 - Accie	natura do Pro	ofissional Solicitante	18 - Assiss	itura do Reneficiá	rio ou Rospon	sával I 40 A	secinatura da	Posponsáv	el nela Autorização



2 - Nº



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora					
343269	90086834			90086834		9008683					
Dados do Beneficiário											
7 - Numero da Carteira 8 - Nome											
0050000001748516	0050000001748516 CASSIO HENRIQUE BOSSA										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	1 - E-mail						
JOAO PAULO FERNA	NDES GUERREIRO										
Dados da cirurgia				1							
12 - Justificativa técnica LESÃ fO DO MENISCO MI LESÃ fO DO MENISCO MI											
OPME Solicitadas 13 - Tabela 14 - Código do It	AF	Deserie		16 - Opção 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do mater		Descrição	22 - Referência do material no fa			23 - Nº Autorização de Funcionamento					
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER S	ETORMED - 001030306	I I 1	1 1 1 1 1.1						
80777280006			RCIO DE IMPLANTESORT	 	/1 /1 /1 /1 /1 /1						
2- 00 00116700	CA		TRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200								
80743230025		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT	 							
3-											
	,,,,, 			_							
4-	_,,,_, 										
	 			_	 						
5-	_,,,_, 			<u></u>							
				_							
6-	_,,,,,,, 		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								
24 - Especificação do material											
2. Espesinoução do material											
25 - Observações / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 06/02/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA AS											
SEMUR											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitanto	Т	28 - Assinatura da	Responsável pela Autorização						
1	I III	issional Sulltitatile		20 - ASSIIIAIUIA 00	iveshousavei heia Mutolizačao						
_ _ / _ _ / _ _ _	-11			[