

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93388710

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	2 Númor	ro do Guio Atri	ibuído pela Oper	adoro								
343269) 3 - Numer	io da Guia Atri	ibuldo pela Oper	adora			93388	710				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de V	alidade da	Senha						
04/12/202	3 16:45		93388710		02/	02/2024						
Dados do Beneficiário)		1/			- 1,-						
7 - Número da Carteira 00500000168123	2		† †	alidade da Carte 7/2024	ira	9 -	Atendimento o	de RN				
50 - Nome Social			01/0	112024			14					
30 - Nome Social												
10 - Nome												
VERA LUCIA SILV	/A DOS S	ANTOS										
Dados do Contratado	Solicitante											
12 - Código na Operado			13 - Nome do C		FORFOL	41.17454						
10.246.214/0001-0			UNIORTE	ORTOPEDIA	ESPECI				16 - Número do C		llas us l	10.075.000
14 - Nome do Profission ALEXANDRE RIB						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28281			onseino	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / L	ocal Solicita	ado / Dados	da Internação									
19 - Código na Operado			- Nome do Hospi	tal / Local Solicit	ado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0	4	UN	IIORT E ORT	OPEDIA ESI	PECIALIZ	ZADA LT	DA			07/12/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendime	ento 23 - 1	Tipo de Interna C	ção 24 - Regir	ne de Internação 1	25 - C	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OF S	27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica VIDEOARTROSCOP	''											
29 - CID 10 Principal (o	pcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (d	opcional)	32 - CID	10(4) (opciona	al)	33 - Indicação de A	Acidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itel	ns Assisten	nciais Solicita	dos									
	digo do Proc		36 - Descrição	1						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30733									O VIDEOARTRO			1
2- 22 30733 3- 18 60000							-		O E/OU PLASTI IEIRO PRIVATI\			1
4- 18 60024									RTROSCOPIA			1
5- _										_	_	_
6- _											-	
7- _ _ 8- _	 									_	- 	_
9-	- 											
10-	İİİİ	_ _ _								L	_	_
11-											-	
12-										l_	_	
Dados da autorização		enitalar 40	Otdo Diárias Au	torizadas	41 - Tipo de	Acomodac	-ão autorizada	7				
39 - Data provável da Admissão hospitalar du - 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 / UNIORT E ORTOPEDIA						ALIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justit Telefone Contratado:		0900 / Emitid	o em 04/12/202	23 / Empress /	Titular: \/⊏	:RA LLICIA	SII VA DOS	SANIT	TOS			
rolololle Collitatado.	. (+0)0012-(COOC / ETIMO	CIII 0 -1 /12/202	.o / Emplesa /	ritulal. VE	LOUIA	JILVA DOS	JANI				
46 - Data da Solicitação		1 47 - Δesina	atura do Profissio	nal Solicitante	1 /8 - Δee	inatura do P	Seneficiário ou	Resno	nsável 49 - Ass	sinatura do	Responsáv	el nela Autorização



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

93388710

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	93388710 4	- Senha	5 - Data da Autorização 0 04/12/2023 16:45	6 - Número da Guia atribu	uído pela Operadora 93388710				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 0050000001681233		29 - Nome Social								
8 - Nome										
VERA LUCIA SILVA D	OS SANTOS									
Dados do Profissional Soli										
9 - Nome do profissional solid			10 - Telefone		11 - E-mail					
ALEXANDRE RIBEIRA	A PROVENZA									
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica										
VIDEOARTROSCOPIA DE	E JOELHO ESQUERDO									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mat		Descrição 22 - Referência do material i	no fabricante		tde. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli ão de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada	a 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 00 00116700 80743230025		NETA ABLACAO RF STRIPE	D 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 1		_ 1	_ _ , _			
2- 00 78898676 80044680449	DIS	POSITIVO DE REPARACAO	DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	3 		_ 3	_ _ , _			
3- 00 00499293	CA	NULA MICRODEBRIDACAO	OB F 2,9X5,5MM 892350000	_ 1		_ 1	,			
80356130052		ARTHROM COMERCIO	DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
4- _ _ _ _	_ _			_	_	_	,			
5- _ _	_ _			_	_	_	_ _ , _			
6-				_		_	_ _ , _			
24 - Especificação do Materia	al									
25 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)		12/2023 / Empresa / Titular: VEI	RA LUCIA SILVA DOS SANTOS							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização					