

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91063428

(Via HOSPITAL)

1 - Registro AN	11	mero da Guia At	ribuído pela Ope	eradora						
34326							63428			
4 - Data da Autorização 5 - Senha 91			9106342	6 - Data de Valid	03/07/2	i				
Dados do Ber			7/-			7/		7		
7 - Número da 005000014			- 11	Validade da Carteira /06/2024		9 - Atendiment				
			25/	700/2024						
50 - Nome Social										
10 - Nome VITOR MATEUS CIRIACO RAMOS										
Dados do Cor	ntratado Solicita	nte								
12 - Código na			13 - Nome do							
10.246.214/			UNIORTE	ORTOPEDIA E					. 10	11
	Profissional Solicit RE DE OLIVEI		z		11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 0			onselho 17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hos	spital / Local Sol	icitado / Dados	da Internação							
1	Operadora / CNF	11		pital / Local Solicitad		A 1 75 *			21 - Data sugerida	
10.246.214/				TOPEDIA ESPE			1		10/05/2023 00	
22 - Caráter do . 1	11	3 - Tipo de Interna C	ação 24 - Reg	gime de Internação 1	25 - Qtde. I	Diárias Solicitadas 1	26 - Previsa	šo de uso de OPN	ME 27 - Previsão d	le uso de Quimioterápico
28 - Indicação	Clínica CLINICA EM AN									
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	
	s ou Itens Assis									
34 - Tabela 1- 22	35 - Código do F 30733073	rocedimento		RUCAO, RETEN						1
2- 22 3- 98	30731216 08011046			SICAO DE MAIS MENTOPLASTIA		_	WENTO CI	RURGICO	1	1 1
4- 18	60000384			E ACOMPANHAN			MPLETA		1	1
5- 18	60024151		ALUGUEL	TAXA DE APAR	ELHO / EQ	UIPAMENTO F	PARA ART	ROSCOPIA P	AR 1	1
6- _		_ _ _								_ _ _
7- _		_ _ _							_	
8- _ 9-		III 							 	_
10- _										
11- _									_	
12-	<u> </u> _									
Dados da aut	orização									
39 - Data prová	ável da Admissão	hospitalar 40	- Qtde Diárias A	Autorizadas 41	- Tipo de Aco	modação autoriza	da			
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 04/05/2023 / Empresa / Titular: COMPANHIA CACIQUE DE CAFE SOLUVEL										
46 - Data da So	olicitação	47 - Assir	natura do Profiss	sional Solicitante	48 - Assinatu	a do Beneficiário	ou Responsá	vel 49 - Assi	natura do Respons	ável pela Autorização





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

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia R		ciada 91063428	4 - Senha 91063428			5 - Data da Autorização 04/05/2023 10:48	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91063			
Dados do Beneficiário		31000420			31000-120	04/00/2020 10:40		31000420		
7 - Número da Carteira 0050000014371238	29 - Nome Social									
8 - Nome VITOR MATEUS CIRIAC	O RAMOS									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	10 - Telefone 11 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	2-1 61 2			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizad	da 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Matel 1- 00 00590045	21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do m - 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER S				23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 2			
80777280006	2711		CIO DE IMPLANTESORTOPE	DICOSLTDA	 _ _ _ _		-ı -	'		
		CA ENDOBOTTON PARA	NDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA			_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _		
10208610040		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPE	DICOSLTDA						
3- 00 00597007	PAR		A REABSORVIVEL GENTLE T		<u> </u>		_ 1	,		
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPE	DICOSLTDA	.	_ _ _ _				
4- _ _ _ _	-	111111			_	_	_	,		
5-	- 	IIIIII	-	_						
					 		-ı ı—ı—ı—ı _ll	IIII'III		
6- _						_	_	_ _ , _		
	_			_		_ _ _ _	_			
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 04/0	05/2023 / Empresa / Titular:	COMPANHIA CACIQUE DE CAF	FE SOLUVEL						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				