

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92853721

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	Júmero da Guia At	ribuído pela Opera	dora							
343269										
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid	ade da Senha	1					
16/10/2023 11:3	34	92853721		15/12/2023]					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 0050000031754913		i i	lidade da Carteira	9	Atendimento N	de RN				
		31/01	72023		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome										
JOAO MOREIRA CAST	TLHO									
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Co	ontratado RTOPEDIA ES	PDECIALIZAD	A L TDA					
10.246.214/0001-04 14 - Nome do Profissional Soli	oitonto	UNIORIEO	R I OPEDIA ES				16 - Número do Co	anno albo	17 - UF	18 - Código CBO
JOSE EVERALDO PED)		11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Co			nseino	41	225270
Dados do Hospital / Local S										
19 - Código na Operadora / Ch		- Nome do Hospita	al / Local Solicitado)				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	UI	NIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	DA			20/10/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interna	ação 24 - Regim	e de Internação	25 - Qtde. Diária	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPI	ИЕ 27 - F	Previsão de i	uso de Quimioterápico
1	С		1	1			<u> </u>			N
29 - CID 10 Principal (opcional	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opci	onal) 32 - CIE	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	,	cidente ou d	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass		ados		,						
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36 - Descrição	NDE DOS DEDO	S TRATAME	NTO CIRLII	BCICO			- Qtde. Soli	
2- 22 30729106	1- 22 30729106 DEFORMIDADE DOS DEDOS - 2- 22 30731208 TENOTOMIA			JS - IKATAWE	NIO CIRUI	KGICO		2		2 2
3- 22 30729181			LGUS (UM PE)	- TRATAMEN	O CIRURG	ico		2		2
4- 22 30729203		OSTEOTOM	IA OU PSEUD <i>a</i>	ARTROSE DOS	METATAR	SOS/F	ALANGES - TR	AT 6		6
5- 18 60000384			ACOMPANHAN					1		1
6- 18 60000805		DIARIA DE	QUARTO COLI	ETIVO DE 2 LE	IIOS COM	BANH	EIRO PRIVATIV	0 1 I		1 1 1
8-								 _		
9-								Ĺ	_	_ _ _
10-									-	_ _ _
11-									_	
12-	-							'	-11	III
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissã	io hospitalar 140	- Qtde Diárias Aut	orizadas 41 -	Tipo de Acomoda	cão autorizad	а				
Data provavor da / tarriloco	io noophalai 40	1	1	Tipo do Adomodo	gao aatonzaa					
42 - Código na Operadora / C	NPJ autorizado	43 - Nome do Ho	ospital / Local Auto	rizado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/10/2023 / Empresa / Titular: SONOCO DO BRASIL LTDA 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

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	92853721		92853721	16/10/2023 11:34		92853721		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000031754913								
8 - Nome	·							
JOAO MOREIRA CAST	ILHO							
Dados do Profissional Solici	tante							
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	1	1 - E-mail				
JOSE EVERALDO PED	ROLLO FILHO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica	NEVO							
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N	laterial 15 - Descrição		16 - Opcão 17 - Otde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Otde Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização		ilado 13 - Qido. Adionzada 2	.o - Valor Officario Autorizado		
1- 00 70437653	PARAFUSOS NAO ABSORV	IVEIS, CANULADOS, PARA PEQUENOS E G	2	_ _ _ ,	_ 2	_ _ , _		
10314800053	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00 00193178	FIO KIRSCHNER 0,8X300MN	1 40012300080	<u> </u> 6	_ _ ,	_ 6	,		
10223680050								
3-				_	_	,		
		_ _ _ _			_			
⁴⁻					_	,		
	 				 -	,		
	- - - - - - -				-ı ı—ı—ı—ı _	1-1-1-1-11-1-1		
6-					 _	,		
				_ _ _ _	_ _			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/10/2023 / Empresa / Titular: SONOCO DO BRASIL LTDA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	<u> </u>			