

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91709931

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 91709931							931						
4 - Data da Autorização 5 - Senha 91709931 6 - Data de Validade o						nha 3/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		9 - 4	Atendimento d	de RN					
0050000004605406			28/10	0/2023			N						
50 - Nome Social													
10 - Nome APARECIDA DEVIDES DALMAS													
Dados do Contratado Solic	itante												
12 - Código na Operadora		13 - N	Nome do C	ontratado									
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E O	RTOPEDIA E	SPECIAL	IZADA	LTDA						
14 - Nome do Profissional Sol					11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do			ero do Co			18 - Código CBO	
ALEXANDRE DE OLIV						06 17905					41	225270	
Dados do Hospital / Local S			,										
19 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	11			al / Local Solicitado OPEDIA ESPE		DA LTE	DA				1	sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendimento 1	11 '		24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde	Qtde. Diárias Solicitadas 3		revisão de uso de OPME 27 - I		Previsão de uso de Quimioterápico N			
29 - CID 10 Principal (opciona	ii) 30 - CID 1	0(2) (opcid	onal) 3	31 - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID 1	10(4) (opciona	al)	33 - Indica	ıção de Ar	cidente (ac	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	ritados										9	
	o Procedimento		Descrição								37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726034	0110000		-	STIA TOTAL D	E JOELH	ю сом	IMPLANTE	ES - T	RATAM	ENTO C		Q1001 0011	1
2- 18 60000384		DIA	RIA DE A	ACOMPANHAN	NTE COM	REFEI	CAO COMP	LET/	A		1		1
3- 18 60000805		DIA	RIA DE	QUARTO COL	ETIVO D	E 2 LEIT	TOS COM E	BANH	EIRO PR	RIVATIV	0 3		3
4-											 		
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Otde I	Diárias Aut	torizadas // //	- Tipo de ^	comodaci	ão autorizada	7					
33 Data provaver da Admiss	ao nospitalal		3	1	- Tipo de A	Comodação	ao adionzada						
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 30/06/2023 / Empresa / Titular: JOSE CARLOS DALMAS 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 2 - Nº Guia no Prestador

"	- Número da Guia Referer	! !	4 - Senha	0470004	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		91709931		91709931	30/06/2023 09:06		91709931
Dados do Beneficiário		100 11					
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000004605406							
8 - Nome							
APARECIDA DEVIDES D							
Dados do Profissional Solicita							
9 - Nome do profissional solicitan			10 - Telefone	1	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIVEII	RA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Mat		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - V	/alor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do mater				23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 74906119	CO		LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	_ 1	_ ,	_ 1	_,
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596			1 1	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	_,
3- 00 73990930 COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00						_ 1	
80044680277	00		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 '	.
4- 00 72397950	CIN		OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2		_ 2	_ ,
10243070064			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1 - 1	1-1-1-1/111
5-							,
	_ _ _					_ _	
6- _					_ _ _ , _	_	_ ,
						_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)337	2-0900 / Emitido em 30	/06/2023 / Empresa / Titular: 、	JOSE CARLOS DALMAS				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		