

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2- Nº Guia no Prestador 44077900 DE INTERNAÇÃO

| 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|-------------|---|---|---------------------------------------|-------------|---------------------------|---|--|------------|--|
| 31292 - 4 | 31292 - 4 44077900 | | | | | | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização | | 5 - Sent | ia | | | | | 6 - Da | 6 - Data de Validade da Senha | | | |
| 11/01/2024 440779006 | | | | | | | | | 19/07/2024 | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | _ | | |
| 7 - Número da Carteira | | 8 - Validade da Carteira | | | 9-A | 9-Atendimento a RN | | | | | | |
| 01004748380014 | | 07/03/2027 | | | | N | | | | | | |
| 10 - Nome OSNY SEVERIN | O MARTIN | S | | | | | 11 - | Cartão Nacional 704803 | de Saúde 595238044 | ļ. | | |
| Dados do contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | |
| 2 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado | | | | | | | | | | | | |
| 10246214000104 UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP | | | | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional | Solicitante | | | 1 | 15 - Conselho 16 - Número no Conselho 17 - UF 18 - Código | | | | | | igo CBO | |
| | | | | | Profission | al | | | 5270 | | | |
| Dados do Hospital / Local | Solicitado / Dad | los da Inte | rnação | | | | | | | | ,210 | |
| 19 - Código na Operadora | /CNPJ | | | 20 - Nome do | Hos pital/Loc | al Solicitado | | | 21 - Da | ata s ugerida para i | internação | |
| 10246214000104 | l . | | | UNIORT E | - ORTOPE | DIA ESPECIALIZ | ADA LT | DA EPP | | 11/01/202 | 4 | |
| 22 - Caráter do Atendimer | nto 23-Tipo de Ir | nternação | 24 - Regin | ne de Internaçã | o 25 - Qtde. [| Diárias Solicitadas | 26 - Previs | ão de uso de OP | ME 27 - Previ | 27 - Previsão de uso de quimioterápico | | |
| 1 - Eletivo | 2 - Cirú | gica | 1 - H | lospitalar | | 3 | | S | | N | | |
| 28 - Indicação Clínica | | | L | | | | | | | | | |
| 29-CID 10 Principal (Opcional) | 0 - CID 10 (2) (O | pcional) | 31 - CID 10 | 0 (3) (Opciona | I) 32 - CID | 10 (4) (Opcional) | | | | e ou doença relac | ionada) | |
| | | ,, | | | | | 9. | · Não Acide | nte | | | |
| Procedimentos Solicitado 34-Tabela 35 - Código | - 50 | to 36 Dor | cricão | | | | | | | 37-Qtde Solic 38 | Otdo Aut | |
| 100 | | | | ia (aam ram | sacão do c | orpos livres) - | [Anoc | to cictol | | _ | | |
| ! | 7.33.030 7.33.030 | | | • | - | corpos livres) : | - | - | l | | 1 | |
| ! | 7.33.030 | | | • | | orpos livres) - | | esas Hospita | lares] [| | <u> </u> | |
| | 7.33.030 | | | _ | | orpos livres) - | | xiliar Cirúrgio | : o] | | 1 | |
| ! | 0.34.068 7.33.103 | | | | | <u>NTO STANDARI</u> ase lateral da | _ | is] tesista] | [| 3 | <u></u> | |
| . — | 7.33.103 | | | • | | ase lateral da | [Cirur | - | | | 1 | |
| 22 3.0 | 7.33.103 | Insta | abilidade | femoro-pa | telar, rele | ase lateral da | [Desp | esas Hospita | lares] [| 1 | 1 | |
| 22 3.07.33.103 Instabilidade femoro-patelar, release lateral da [1º Auxiliar Cirúrgico] 1 1 | | | | | | | | | | ! | | |
| ! | 22 3.07.31.216 Transposição de mais de 1 tendão - tratamento [Anestesista] 1 1 1 22 3.07.31.216 Transposição de mais de 1 tendão - tratamento [Cirurgião] 1 1 1 1 | | | | | | | | | | | |
| ! | 7.31.216 | | | | | | _ | giaoj esas Hospita | ا ا | 1 1 | 1 | |
| <u>22 3.07.31.216 Transposição de mais de 1 tendão - tratamento [Despesas Hospitalares] 1 1 </u> | | | | | | | | | | | | |
| Dados da Autorização | | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Dia | | | | rias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada | | | | | | | | |
| 21/01/2024 | | | | 3 | | | | | | | | |
| " ' | | | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | | | | A EDD | 44 - Código CNES | | | |
| 102462140001 45 - Observação / Justifio | 10246214000104 UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP 6528104 | | | | | | | | | | | |
| PROCEDÍMENTO ELETIVO - CONFORME ANEXOS DO DIA 11/01/2024APÓS ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, SOMOS FAVORÁVEIS À AUTORIZAÇÃO DOS OLICITADOS, OS MESMOS TEM COBERTURA OBRIGATÓRIA NO ROL DA ANS E BENEFICIÁRIO(A) CUMPRE AS EXIGÊNCIAS PARA REALIZAÇÃO DOS RÃO SER JUSTIFICADOS EM CONTA HOSPITALAR:- 01 PONTEIRA DE ABLAÇÃO R\$1200,00- 01 CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO R\$480,00- 02 ÂNCORA DE SUTURA R\$1.990,00 1 PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA R\$1.500,00VALOR TOTAL R\$7.160,00 + TAXAFORNECEDORES - ARTHROMRESPONSABILIDADE DO CNPJ SOLICITANTE INFORMAR | | | | | | | | | | | | |
| 46-Data da Solicitação 11/01/2024 | 4 | 7-Assinatu | ıra do Prof | issional Solicit | ante | 48-Assinatura do Beneficiário Respons | | | sável 49-Assinatura do Responsável pela Autorização | | | |





SAÚDE CAIXA

GUIA DE SOLICITAÇÃO 2- Nº Guia no Prestador 44077900 DE INTERNAÇÃO

| 1 - Registro ANS 31292 - 4 | 3 - Número da | | ibuído pela | Operadora | | | | | | | | |
|---|---------------|------------|--------------|---|---|---------------------|----------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|--|
| | 4407790 | 100000 | | | | | | C Detect | - 17-13-4- | J- CL- | _ | |
| 4 - Data da Autorização | | 5 - Se | | _ | | | | 6 - Data o | 6 - Data de Validade da Senha | | | |
| 11/01/2024 440779006 | | | | | | | | | 19/07/2024 | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | | | | | 8 - Validade da Ca | arteira | 9-Atend | limento a F | SN | | |
| 0100474838001420 | | | | | 07/03/2027 | | | | N | | | |
| 10 - Nome | | | | | | | 11 - Cartão Nacional de Sa | | | | | |
| OSNY SEVERIN | | | 7048035952 | | | | 5238044 | | | | | |
| Dados do contratado Solicitante | | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora | | | | 13 - Nome de | 13 - Nome do Contratado | | | | | | | |
| 10246214000104 | ļ | | | UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP | | | | | | | | |
| TL. | | | | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional | Soucrame | | | 15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho | | | | | 1 | | igo CBO | |
| | | | | | | | | | | | 5270 | |
| Dados do Hospital / Local | | idos da li | nternação | 1 | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora | | | | 20 - Nome do | _ | | | | 21 - Data s ugerida para internação | | | |
| 10246214000104 | <u> </u> | | | UNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA L' | | | | DA EPP | | 11/01/202 | 4 | |
| 22 - Caráter do Atendimer | to 23-Tipo de | Internaçã | io 24 - Regi | me de Internaçã | io 25 - Qtde. I | Diárias Solicitadas | 26 - Previs | ão de uso de OPME | 27 - Previs | - Previsão de uso de quimioterápico | | |
| 1 - Eletivo | 2 - Ciru | úrgica | 1 - | Hospitalar | | 3 | | s | | N | | |
| 28 - Indicação Clínica | | | | | | | JL | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 1 | | | | (0 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) | | | | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 - Não Acidente | | | | |
| Procedimentos Solicitado | s | | -21 % | | | | 3 1 | | | | | |
| 34-Tabela 35 - Código | do Procedime | nto 36-I | escrição | | | | | | 3 | 7-Qtde Solic 38 | - Qtde Aut | |
| 223.0 | 7.31.216 | <u>Tr</u> | ansposiçã | ão de mais c | de 1 tendã | o - tratamento | [1º Au | xiliar Cirúrgico] | L | 1 | _ 1 | |
| | | | | | | | | | L | | | |
| | | _! | | | | | | | | | | |
| | | ! | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | } | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| İ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Dados da Autorização | | | | | | | | _ | | | | |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Di | | | - Qtde. Diar | rias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada | | | | | | | | |
| 21/01/2024 | | | | 3 | | | | _ | | | | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado | | | | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | | | | | 44 - Código CNES | | | |
| 10246214000104 UN | | | | | JNIORT E - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA EPP | | | | | 6528104 | | |
| 45 - Observação / Justificativa PROCEDIMENTO ELETIVO - CONFORME ANEXOS DO DIA 11/01/2024APÓS ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, SOMOS FAVORÁVEIS À AUTORIZAÇÃO DOS OLICITADOS, OS MESMOS TEM COBERTURA OBRIGATÓRIA NO ROL DA ANS E BENEFICIÁRIO(A) CUMPRE AS EXIGÊNCIAS PARA REALIZAÇÃO DOS RÃO SER JUSTIFICADOS EM CONTA HOSPITALAR:- 01 PONTEIRA DE ABLAÇÃO R\$1200,00- 01 CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO R\$480,00- 02 ÂNCORA DE SUTURA R\$1.990,00 1 PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA R\$1.500,00VALOR TOTAL R\$7.160,00 + TAXAFORNECEDORES - ARTHROMRESPONSABILIDADE DO CNPJ SOLICITANTE INFORMAR | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 46-Data da Solicitação 47-Assinatura do Profissional Solicitante 48-Assinatura do Beneficiário Responsável 49-Assinatura do Responsável pela Autorização | | | | | | | | | | | | |