

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93047395

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS <b>343269</b>  | - Número   | da Guia Atr                        | buído pela Opera                      | adora  | 17395                                       |                                      |         |                                  |                   |   |  |
|---|--|------------------------------------|---------------------------------------|--|---|--------------------------------------|---------|----------------------------------|-------------------|---|--|
| 4 - Data da Autorização   | 11   | 5 - Senha   6 - Data de Validade d |                                       |  |   |                                      |         |                                  |                   |   |  |
| 01/11/2023 1 Dados do Beneficiário                                      | 3.46   |                                    | 93047393                              |  | 31/12/202                                   | <u>'</u>                             |         |                                  |                   |   |  |
| 7 - Número da Carteira  |  |                                    | 8 - Va                                | lidade da Carteira   | 9   | - Atendimento                        | o de RN | 7                                |                   |   |  |
| 0050000005357058  |  |                                    | 17/10                                 | 0/2025   |   | N                                    |         |                                  |                   |   |  |
| 50 - Nome Social  |  |                                    |                                       |  |   |                                      |         |                                  |                   |   |  |
| 10 - Nome   |  |                                    |                                       |  |   |                                      |         |                                  |                   |   |  |
| SELMO APARECIDO LOPES  Dados do Contratado Solicitante                  |  |                                    |                                       |  |   |                                      |         |                                  |                   |   |  |
| 12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado                      |  |                                    |                                       |  |   |                                      |         |                                  |                   |   |  |
| 10.246.214/0001-04  |  |                                    | UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA |  |   |                                      |         |                                  |                   |   |  |
| 14 - Nome do Profissional S   |  |                                    | <u>.</u>                              |  | 15 - Cor<br><b>06</b>                       | 15 - Conselho Profissional <b>06</b> |         | 16 - Número do Conselho<br>17905 |                   | 17 - UF 18 - Código CBO<br>41 225270            |  |
| Dados do Hospital / Loca  | l Solicita   | do / Dados                         | da Internação                         |  |   |                                      |         |                                  |                   |   |  |
| 19 - Código na Operadora  | CNPJ   | 11                                 |                                       | al / Local Solicitado                                      |   |                                      |         | 11                               | •                 | da para Internação                              |  |
| 10.246.214/0001-04  |  |                                    |                                       | OPEDIA ESPE  |   |                                      |         |                                  | 27/11/2023 0      |   |  |
| 22 - Caráter do Atendimento  1  | 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internaç  C |                                    | ção 24 - Regim                        | 24 - Regime de Internação 25 -                             |   | Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr    |         | ão de uso de OPM<br><b>S</b>     | E   27 - Previsão | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b> |  |
| 28 - Indicação Clínica<br>DOR LIMITAÇOES PAR                            |  |                                    |                                       |  | · ·   | <u>'</u>                             |         |                                  |                   |   |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcic  | nol\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \             | 30 - CID 10(2                      | (Appings)                             | 31 - CID 10(3) (opc  | innell 22 Cl                                | D 10(4) (opcio                       | nol\ 22 | Indiana and Asi                  | idaata (asidaata  | ou doença relacionada)                          |  |
| 25 CID TO T III Opai (opai  | inal)  | 012 10(2                           | , (opoional)                          | 71 012 10(0) (000  | lonary 52 or                                | 5 10(1) (opolo                       | Tidi)   | maloação do 710                  | 9                 | ou dochişa roladichada)                         |  |
| Procedimentos ou Itens  |  |                                    |                                       |  |   |                                      |         |                                  |                   |   |  |
| 34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733065 2- 22 30733045 3- 98 08011087 5- | <b>5</b>   | _   <br>_   <br>_  _ <br>_  _      | OSTEOCON<br>PCT ARTRO<br>ALUGUELT     | U SUTURA DE<br>IDROPLASTIA<br>DSCOPIA DE JO<br>AXA DE APAR | - ESTABILIZA<br>DELHO UNIOR<br>ELHO / EQUIP | CAO, RESS<br>TE - ENF<br>AMENTO P    | ARA ART | E/OU PLASTIA                     | # 1<br>1          | Solic. 38 - Qtde. Aut.  1 1 1 1                 |  |
| Dados da autorização  |  | 1                                  |                                       |  |   |                                      |         |                                  |                   |   |  |
| 39 - Data provável da Admi  | ssao hosp  | oitalar    40 ·                    | · Qtde Diárias Aut<br><b>1</b>        | torizadas 41 ·   | - Tipo de Acomod                            | açao autorizad                       | na      |                                  |                   |   |  |
| 42 - Código na Operadora<br>10.246.214/0001-04                          | / CNPJ at  | utorizado                          | 1                                     | ospital / Local Auto                                       |   | A LTDA                               |         |                                  |                   | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b>              |  |
| 45 - Observação / Justificat Telefone Contratado: (4:                   |  |                                    | o em 01/11/202                        |  | ular: MOINHO G                              |                                      |         |                                  | atura do Respor   | nsável pela Autorização                         |  |



## 2 - Nº Guia no Prestador

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  | 93047395  |  | 93047395                | 01/11/2023 15:46                            |                                | 93047395                       |  |  |  |
| Dados do Beneficiário   |   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| 7 - Número da Carteira  | 29 - Nome Social  |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| 0050000005357058  |   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| 8 - Nome  | ·   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| SELMO APARECIDO L   | OPES  |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| Dados do Profissional Solic   | tante   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| 9 - Nome do profissional solici   |   | 10 - Telefone  | 11                      | I - E-mail                                  |                                |                                |  |  |  |
| ALEXANDRE DE OLIVI  | EIRA QUEIROZ  |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| Dados da cirurgia   |   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| 12 - Justificativa técnica<br>DOR + LIMITAÇOES PARA<br>DOR LIMITAÇOES PARA  | ATIVIDADES DIARIAS. SEM LHORA COM TRATAM<br>ATIVIDADES DIARIAS SEM LHORA COM TRATAMEI | ENTO CLINICO<br>NTO CLINICO                                    |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| OPME Solicitadas  |   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do M  |   |  |                         | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic     | zitado 19 - Qtde. Autorizada 2 | 20 - Valor Unitário Autorizado |  |  |  |
| 21 - Registro ANVISA do Mate  |   |  | 23 - Nº Autorização     | de Funcionamento                            | 1 4                            |                                |  |  |  |
| 1- <b>00499293</b><br><b>80356130052</b>  |   | AO OB F 2,9X5,5MM 892350000<br>CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |                         | _   | _  1                           | _ ,                            |  |  |  |
| 2- <b>00</b>  |   | IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200                              |                         |   | _  1                           | ,                              |  |  |  |
| 80743230025   |   | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA                                |                         |   | _ı ·                           | ı—ı—ı—ı-ıı                     |  |  |  |
| 3-  |   |  |                         | _   | _                              | _ _ ,                          |  |  |  |
|   |   | _ _ _ _  |                         | _ _ _ _                                     | _ _                            |                                |  |  |  |
| 4-  |   |  |                         | _   | _ _                            | ,                              |  |  |  |
|   |   |  |                         | _ _ _ _                                     | _                              |                                |  |  |  |
| <sup>5-</sup>   |   |  |                         | _   | _                              | ,                              |  |  |  |
|   | -   |  | -                       |   | !!<br>                         | _ ,                            |  |  |  |
|   | _ <del>                                     </del>                                    |  |                         | _   | _                              | 1-1-1-171-1-1                  |  |  |  |
| 24 - Especificação do Material  |   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
|   |   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/11/2023 / Empresa / Titular: MOINHO GLOBO ALIMENTOS SA |   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| Toloione Contratado. (10/00/2 0000/ Ellitude elli 01/11/2020/ Ellipiesa / Titulai. Molivi o Clobo Allivillai Co CA                        |   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
|   |   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |
| 26 - Data da Solicitação  | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante   |  | 28 - Assinatura do      | Responsável pela Autorização                |                                |                                |  |  |  |
|   |   |  |                         |   |                                |                                |  |  |  |