

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92485590

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - | Número da Guia | Atribuído i | nela Opera | dora | | | | | | | |
|---|--|--------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------|-----------------|------------------------------------|
| 343269 | Trumoro da Cuit | , runbarao i | pola Opora | | | | 92485590 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 11/09/2023 13 | 5 - Senha | | 485590 | 6 - Data de Valid | dade da Sen 1 0/11 | 1 | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000030732819 N | | | | | | | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome SANDRA MARIA SANTANA DE SANTANA | | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante | | | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | | - 11 | Nome do Co ORT E O | ontratado RTOPEDIA ES | SPECIAL | IZADA L | .TDA | | | | |
| 14 - Nome do Profissional S | 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO | | | | | | | | | 18 - Código CBO | |
| ALEXANDRE DE OLI | | | | | 00 | 6 | | 17905 | | 41 | 225270 |
| Dados do Hospital / Local 19 - Código na Operadora / | | | • | I / Local Solicitado | 0 | | | | 21 - Data | sugarida n | ara Internação |
| 10.246.214/0001-04 | SIVI 3 | | | PEDIA ESPE | | DA LTDA | A | | 11 | 023 00:0 | - |
| 22 - Caráter do Atendimento | 23 - Tipo de Int | ernação | 24 - Regim | e de Internação | 25 - Qtde | . Diárias So | olicitadas 26 - Pr | evisão de uso de OP | ME 27 - P | revisão de ι | uso de Quimioterápico |
| 1 | С | | | 1 | | 1 | | S | | | N |
| 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM | ANEXO | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (o | | | ocional) 31 - CID 10(3) (opcional) | | | 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Ir | | 33 - Indicação de A | cidente (aci | | oença relacionada) |
| Procedimentos ou Itens A | ssistenciais Sol | icitados | | | | | | | | | |
| _ | do Procedimento | | Descrição | | | 000 0 | | 0 \//DE0 4 DED | | Qtde. Soli | |
| 1- 22 30733065 2- 22 30733103 | | | | | | | | O VIDEOARTRO L DA PATELA, F | | | 1 |
| 3- 22 30733049 | | | | | | • | | O E/OU PLASTI | | | 1 |
| 4- 98 08011081 | | | | SCOPIA DE JO | | | | DEDOCCODIA | 1 | | 1 |
| 5- 18 60024151 | 1111 | ALC I | JGUELIA | IXA DE APAR | ELHO / E | QUIPAWI | ENIO PAKA A | RTROSCOPIA | PAR 1 | 1 1 1 | 1 |
| 7- | | i | | | | | | | | .—.—. | |
| 8- | _ _ _ _ | <u> </u> | | | | | | | | _ | |
| 9- | | | | | | | | | | _ | _ |
| 11- | | | | | | | | | | _ | _ |
| 12- | _ _ _ _ | <u> </u> | | | | | | | | _ | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admis | são hospitalar | 40 - Qtde I | Diárias Auto 1 | orizadas 41 · | - Tipo de Ad | comodação | autorizada | | | | |
| 42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04 | CNPJ autorizado | 11 | | pspital / Local Auto | | | TDA | | | | 44 - Código CNES 6528104 |
| 45 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/09/2023 / Empresa / Titular: SILOMAX INDUSTRIA E COMERCIO LTDA | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | 47 - A | ssinatura de | o Profission | al Solicitante | 48 - Assinat | ura do Ben | neficiário ou Respo | onsável 49 - Ass | inatura do F | Responsáv | el pela Autorização |



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

| 1 4 | 3 - Número da Guia Referer | nciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|---------------------|---|------------------------------|--------------------------------|--|--|
| 343269 | | 92485590 | | 92485590 | 11/09/2023 13:52 | | 92485590 | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | | |
| 0050000030732819 | | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | | |
| SANDRA MARIA SANTA | ANA DE SANTANA | | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicit | | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicita | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | | | |
| ALEXANDRE DE OLIVE | IRA QUEIROZ | | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A | NEXO NEXO | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | | Descrição | | | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli | citado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado | | |
| 21 - Registro ANVISA do Mater 1- 00 00590045 | | 22 - Referência do materia | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | 1 4 | | | |
| 1- 00 00590045 80777280006 | LA | MINA PARA SHAVER SETO | IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | - - | _ 1 | , | | |
| 2- 00 00116700 | CA | | PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 | | | l 1 | | | |
| 80743230025 | 5 7. | | IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <u> </u> | | _ı · | I—I—I—I"I—I—I | | |
| 3- | | | | | | _ | _ _ , _ | | |
| | _ | | | | | _ _ | | | |
| 4- _ | | | | _ _ _ _ | _ _ _ , _ | _ | _ _ , _ | | |
| | _ | | | _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ | | | |
| 5- | | | | - _ _ _ | _ | _ | _ _ , _ | | |
| | _ | | | - - - - - | _ _ _ _ | _ _ | | | |
| 6- | - | | | | _ | _ | , | | |
| | _ | | | | | | | | |
| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/09/2023 / Empresa / Titular: SILOMAX INDUSTRIA E COMERCIO LTDA | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pi | rofissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | | | |