

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92918627

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número	o da Guia Atri	buído pela Opera	adora			1				
343269			, ,			929	18627				
4 - Data da Autorização	11	5 - Senha	02040027	6 - Data de Valid		22					
20/10/2023 1	6:24		92918627		19/12/20	23					
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000003156306											
50 - Nome Social											
10 - Nome											
RENATO QUEIROZ N											
Dados do Contratado Sol 12 - Código na Operadora	icitante		13 - Nome do C	ontratado							
10.246.214/0001-04				RTOPEDIA ES	SPECIALIZA	DA LTDA					
14 - Nome do Profissional S	Solicitante	<u> </u>			15 - 0	onselho Profiss	ional	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
DANIEL FERREIRA F	ERNA	NDES VIE	RA		06			19475		41	225270
Dados do Hospital / Loca			,								
19 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ	11		al / Local Solicitado OPEDIA ESPE		LTDA			1	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	Пост	ipo de Internac					1 ac n-	revisão de uso de OP			uso de Quimioterápico
22 - Carater do Atendimento	23 - 11	c C	ao 24 - Regin	ne de Internação 1	25 - Qide. Di	rias Solicitadas 2	26 - PI	S	IVIE 27 - 1	Previsão de i	N
28 - Indicação Clínica]				
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 3	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 -	CID 10(4) (opcid	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
				. , , , ,	ĺ		ĺ	·	`	9	
Procedimentos ou Itens A											
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30735033		edimento	36 - Descrição ACROMIOP	I ASTIA - PROC	CEDIMENTO	VIDEOARTE	ROSCO	PICO DE OMBR		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30735068								/IDEOARTROS			1
3- 22 30735084	ļ		RESSECCA	O LATERAL D	A CLAVICUI	A - PROCED	IMENT	O VIDEOARTRO	SC 1		1
4- 18 60000384				ACOMPANHAN					1		1
5- 18 60000805 6- 18 60024151								IEIRO PRIVATIV ARTROSCOPIA I			2
7- _		_							L	_	
8-	_	_								_	_ _
9-		_							<u> </u> -	_	
10- _ 11-	_	_							 	_lll l l	
12-	 _ _	_ _							_	-!!! -	 _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admis	ssão hos	pitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acom	dação autoriza	da				
42 - Código na Operadora	/ CNPJ a	utorizado		ospital / Local Auto	orizado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 20/10/2023 / Empresa / Titular: RENATO QUEIROZ NEIVA 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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92918627		929	8627 20/10/2023 16:24	92918627	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
0050000003156306							
8 - Nome							
RENATO QUEIROZ NE	VA						
Dados do Profissional Solici							
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail		
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante		7 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol rização de Funcionamento	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
1- 00 71502718			ERKNOTTM - 912015 ANCORA F		•	3	
80044680086			IO DE IMPLANTESORTOPEDIC				
2- 00 00590045	LAN	IINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306		_ _ ,		
80777280006		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPEDIC	OSLTDA _ _ _	_ _ _ _	l	
3- 00 00116700	CAI	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST	90 200 1	,	1	
80743230025		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDIC	OSLTDA _ _ _	_ _ _ _	1	
4- 00 70917540	CAI		PIA SETORMED - 009 12 90 85 C		,	1	
80777280003			CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	OSLTDA _ _ _	_ _ _ _	l	
5- 00 00322229	GAI	NCHO COMPRESSAO SU				1	
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDIC	OSLIDA _ _	_ _ _		
6- _ _ _ 1 1 1 1 1 1 1	- 	111111			_ _ _		
24 - Especificação do Material		IIIIII				.—!—!	
2 - Zoposinoayao ao maiona.							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 20/	10/2023 / Empresa / Titular:	RENATO QUEIROZ NEIVA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assin	atura do Responsável pela Autorização		