

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90482244

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	adora		9048	32244				
		E Conho	1	6 - Data de Valid	dada da Canha	7	72244				
4 - Data da Autorização 14/03/2023 16:28		5 - Senha 90482244		6 - Data de Valid	13/05/202	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	6	- Atendiment					
0050000003523490			21/11	1/2023		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome JUAREZ DA SILVA	NOVA	IS									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			13 - Nome do Co	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissiona ALEXANDRE DE O					15 - Coi	15 - Conselho Profissional 16 - Número 17905			Conselho 17 - UF 18 - Código C 41 225270		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operador			•	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE						2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimen	0 23 -	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária		26 - Pr	evisão de uso de OPN S	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
29 - CID 10 Principal (opc	signal)	30 - CID 10(2	(apping) 2	31 - CID 10(3) (opc	ional 22 Cl	D 10(4) (opcio	nal) [33 - Indicação de A	nidente (a	oidonto que	loones relegionede)
29 - CID TO FIIICIPAI (OPI	JOHal)	30 - CID 10(2	(opcional)	51 - CID 10(3) (Opc	Jorial) 32 - Ci	D 10(4) (OPCIO	iliai)	55 - Mulcação de Al	Juente (a	9	ioeriça relacionada)
Procedimentos ou Itens											
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307330 2- 98 080110 3- 18 600241 4-	65 81 51		REPARO OU PCT ARTRO ALUGUELTA	U SUTURA DE OSCOPIA DE JO	OELHO UNIOF ELHO / EQUIP	TE - ENF AMENTO P	'ARA A	O VIDEOARTRO	SC 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
39 - Data provável da Ad	missão ho	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2			1	1	2 30 / toombu	, aa.onza					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado										=	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/03/2023 / Empresa / Titular: JUAREZ DA SILVA NOVAIS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



2 - Nº Guia no Prestador



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ociada 90482244	4 - Senha	5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operac 14/03/2023 16:28		lo pela Operadora 90482244				
Dados do Beneficiário		30402244		90482244	14/00/2020 10:20		30102211			
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000003523490										
8 - Nome										
JUAREZ DA SILVA NOVAIS										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail										
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	Select Colonia	16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		22 - Referência do mater WINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	,			
80777280006	EA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	I :			
2-					_	_	_ ,			
	_ _ _ _				_	_ _				
3-	_ _ _				_	_ _	_ ,			
			-		_ _ _ _	_ _ 				
					_	-ı	I			
5-					_		_ ,			
					_	_ _				
6-	_ _ _				_	_	_ _ , _			
24 - Especificação do Material					_	_ 				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa		/02/2022 / Empress / Titule	HIADEZ DA CHIVA NOVAIC							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/03/2023 / Empresa / Titular: JUAREZ DA SILVA NOVAIS										
26 Data da Calinitação	27 - Assinatura do Pr	oficeianal Calisitanta		29 Assissature de	Poppopoávol polo Autorização					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	UIISSIUTIAI SUIICI(ANTE		20 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					