

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94988680

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído r	oela Operac	dora								
343269							94988	680				
4 - Data da Autorização 03/05/2024 11	5 - Senha	94	988680	6 - Data de Va		Senha 07/2024						
Dados do Beneficiário					<u> </u>	•=						
7 - Número da Carteira			i i	dade da Carteir	ra	9 -	Atendimento d	le RN				
0050000031110161			08/09	/2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome GUILHERME ESTEVA	O DA SILVA											
Dados do Contratado Solid	itante											
12 - Código na Operadora		11	lome do Co									
10.246.214/0001-04	Parkers	UNIC	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA			-1 1140	N/ l. O		la uel	[40, 0′ E., 000
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ 15 - C 06							elho Profission	11	- Número do Co 905	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local :			•									
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 10/05/2024 00:00												
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	rnação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Q1	tde. Diárias 1	Solicitadas 2	26 - Previsã	o de uso de OPI	ME 27 - F	revisão de u	iso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica REPARO OU SUTURA DE												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (d		0(2) (opcio	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Inc		Indicação de A		cidente ou d	oença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados										
34 - Tabela 35 - Código of	lo Procedimento	REF OST DIA	TEOCONI RIA DE (JGUELTA	SUTURA DI DROPLASTI QUARTO CO XXA DE APA	A - ESTA DLETIVO RELHO /	BILIZAC DE 2 LEI EQUIPA	AO, RESSE TOS COM B MENTO PAI	CCAO EANHEIR	/OU PLASTI. O PRIVATIV ROSCOPIA F	SC 1 A # 1 O 1	- Qtde. Solid	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde [Diárias Auto	orizadas 4	1 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	7				
42 - Código na Operadoro //	CNP.Lautorizado	12 - N	1 Jome do Ho	aspital / Local Au							r	44 - Código CNES
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código 6528104							=					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/05/2024 / Empresa / Titular: JOSE ADILSON DA SILVA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do	Profission	al Solicitante	148 - Assir	natura do F	eneficiário ou	Responsáv	/el 49 - Ass	inatura do	Responsávo	el nela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

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

1 0 11	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94988680		94988680	03/05/2024 11:41	94988680		
Dados do Beneficiário		Lag. 11						
7 - Número da Carteira 0050000031110161		29 - Nome Social						
8 - Nome GUILHERME ESTEVAC	DA CILVA							
Dados do Profissional Solici 9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone][1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVE			To relicione	'	T E maii			
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
REPARO OU SUTURA DE								
REPARO OU SUTURA DE	UM MENISCO							
•								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante		 e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli de Funcionamento 	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 00499293			O OB F 2,9X5,5MM 892350000	1		_ 1		
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 <u> </u> _ _ _				
2- 00 00116700	CAN	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> _ </u> 1	_ _ _ , _	_ 1		
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _			
3- 00 78898676	DIS		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIV	OD _ 3		_ 3		
80044680449		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _			
4- _	_ _ _ _				_			
	_ _ _		-	 		!! _		
	_ _ _ 							
6-	 _ - 	1-1-1-1-1-1-1-		 				
	_,,,, _ _ _ _ _							
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/05/2024 / Empresa / Titular: JOSE ADILSON DA SILVA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			
	II			II .				