

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93626173

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	Número da Guia	Atribuído pela C	Operadora		9362	26173					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 936261			6 - Data de Val		nha 3/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		11	3 - Validade da Carteira 30/07/2025	a	9 - Atendiment]				
0050000015249975 50 - Nome Social		N									
SU - NUME SUCIAL											
10 - Nome ALEXANDRE HIGASHI											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	do Contratado E ORTOPEDIA E	SPECIAL	IZADA LTDA						
14 - Nome do Profissional Sol	licitante			1	5 - Conselho Profiss	ional 16	- Número do Co	onselho 17 -	UF 18 - Código CBO		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIR	oz		0	06	179	905	41	225270		
Dados do Hospital / Local S 19 - Código na Operadora / C		-	ão Iospital / Local Solicita	do				21 - Data sugar	ida para Internação		
10.246.214/0001-04	11		ORTOPEDIA ESPI		DA LTDA			10/01/2024 (
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	rnação 24 - F	Regime de Internação	25 - Qtde	e. Diárias Solicitadas	26 - Previsão		ME 27 - Previsão	o de uso de Quimioterápico		
1 28 - Indicação Clínica	С		1		1		S		N		
				- Sanah			1. E E d. A.				
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		31 - CID 10(3) (op	31 - CID 10(3) (opcional) 32 -		2 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indic		ção de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens As											
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	40 - Qtde Diária	as Autorizadas 41	I - Tipo de A	.comodação autoriza	da					
			1 1								
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código C 6528104								44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/01/2024 / Empresa / Titular: WILSON HEIDI HIGASHI 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 Referenciada	93626173	nha	93626173	5 - Data da Autorização 03/01/2024 09:31	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93626173	
Dados do Beneficiário		30020170		30020110	00/01/2024 00:01		30020110
7 - Número da Carteira	29 - Nom	ne Social					
0050000015249975		no occiai					
8 - Nome							
ALEXANDRE HIGASHI							
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solicit	ante		1.	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVE	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A	NEXO NEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do N					e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		- Referência do material no fa		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00499293 80356130052			F 2,9X5,5MM 892350000 E IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_ 1	_ _ , _
2-	AR 		I I I I I I I I I I I I I I I I I I I				_ _ , _
3-				- - -	_	 -	_ _ , _
4-					_	 -	_ _ _ , _
5-		 				 -	_ _ _ , _
6-				- 	-	 -	_ _ , _
24 - Especificação do Material				IIIII		—ı—ı	
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 03/01/2024 /	/ Empresa / Titular: WILSO	ON HEIDI HIGASHI				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional S	Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		