

343269

07/02/2023 11:12

APARECIDA MARTINS TOMAL Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Senha

CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS

23 - Tipo de Internação 2

30-CID10(2) (opcional)

36 - Descrição

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

90093640

11/01/2024

13 - Nome do Contratado

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

24 - Regime de internação

1

31-CID10(3) (opcional)

90093640

8 - Validade da Carteira

1 - Registro ANS

4 - Data da Autorização

Dados do Beneficiário

10 - Nome

0050000052401874

10.246.214/0001-04

14 - Nome do Profissional Solicitante

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04

22 - Caráter de Atendimento

1

29-CID10 Principal (opcional)

34 - Tabela

1- 22

2- 98

3- **18**

4- _

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

30729203

08011046

60000384

_|/|__|__|/|__||

35 - Código do Procedimento

INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO

28 - Indicação Clínica

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

90093640 2 - Nº Guia Prestador (Via HOSPITAL) 6 - Data de Validade da Senha 08/04/2023 9 - Atendimento de RN 11 - Cartão Nacional de Saúde 700009590368209 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 06 22343 41 225270 21 - Data sugerida pata Internação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 10/02/2023 00:00 25 - Qtde. diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico s Ν 1 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT 2 2 PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF 1 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA

6-	 					 	- - -	_ _ _ _ _ _ _ _ _
10-	_ _ _					l_	_ _	_ _ _
11-	_ _ _					[_	_	_ _ _
12-	_ _ _					<u> </u> _	_	_ _
Dados da autorização								
39 - Data provável da Admissão hospita	alar 40 -	- Qtde Diarias Autorizadas	41 - Tipo d	e acomodação autorizada				
_ /		1	1					
42 - Código na Operadora / CNPJ auto	43 - Nome do Hospital / Lo		44 - Código CNES					
10.246.214/0001-04	UNIORT E ORTOPE	6528104						
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-09	900 / Emitid	lo Por: 76879089968 em	1 07/02/202	23 / Empresa / Titular: JOS	SE MARIO TOMAL			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinat	ura do Profissional Solicitante	е	48 - Assinatura do Beneficián	rio ou Responsável	49 - Assinatura do Re	esponsáve	el pela Autorização



90093640



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora
343269		90093640		90093640	07/02/2023 11:12	90093640
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira		8 - Nome				
0050000052401874		APARECIDA MARTINS	STOMAL			
Dados do Profissional Solicitant	Δ					
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	I - E-mail	
CESAR EDUARDO CA		RTINS		•		
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO					
INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It	om 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - (Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	slicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi		Dooriiquo	22 - Referência do material no fab			23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 00611204	BR	OCA PERCUTANEA WE	EDGE 4,1X13MM 38.37.05	1	1 1 1 1,1	
80350339008			CIO DE IMPLANTESORT	 I I I I	7 7	
2-		7.1.1.1.1.C.III CO.III.Z.I.	10:0 52 mm 2/111/2001 <u>1- -</u>			
		1				
	_	.[IIIIIIIIII		!!!!!!!!!	
3- _						
	_	.]		_ _ _ _		
4-					,	_ _
	_ _ _ _		_	_ _ _ _	_ _	
5- _					,	
	_	.[_ _ _ _	<u> </u>	
6- _						
	,,,,,, 	1				
24 - Especificação do material			11			
24 - Especificação do Material						
25 - Observações / Justificativa			/F / / / / / / / / / / / / / / / / / /			
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido Por: 76	6879089968 em 07/02/2023 /	/ Empresa / Titular: JOSE MARIO TOMAL			
26 Data da Saliaitacão	27 - Assinatura do Pro	sticcional Calicitarts	11	20 Appireture 1-	Popononoával polo Autorinosão	
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	DIISSIONAI SOIICIIANTE		20 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
	-					