

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92800608

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92800608											
		92800608 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha									
4 - Data da Autorização 09/10/2023 16:45		5 - Senha 92800608		6 - Data de Valid	08/12/2023	•					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			† †	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
005000004064940)		25/12	2/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome KATIA TOFFOLO SIMINO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profission JOSE EVERALDO					15 - Con 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 0 23237			onselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		
Dados do Hospital / Lo										11	
19 - Código na Operado			•	al / Local Solicitad	0			11	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-0					CIALIZADA L				12/10/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer 1	nto 23 ·	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPM S	1E 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico N
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	sional) 32 - CIC	110(4) (opcion	al)	33 - Indicação de Ac	sidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Dragodimontos ou ltor	a Appinta	unaiaia Caliaita	doo							9	
Procedimentos ou Iter 34 - Tabela 35 - Cóo		ocedimento							37	- Otde Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307290 2- 18 600008 3-	050 050 005 005 007 007 007 007		ARTRODES DIARIA DE	QUARTO COL		ITOS COM	BANH		ME 2		2 1 _
Dados da autorização											
39 - Data provável da A	dmissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	ıção autorizada	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/10/2023 / Empresa / Titular: SIMINO E TOFFOLO REPRESENTAÇÃO COMERCIAL E TREINAMENTOS EMPRESA RIAIS LTDA 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 - Assina	itura do Profissior	nai Solicitante	46 - Assinatura do	beneticiario ou	ı kespo	ınsaveı 49 - Assii	natura do	kesponsáv	eı peıa Autorızação



2 - Nº Guia no Prestador

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

· · ·	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	92800608		92800608	09/10/2023 16:45		92800608		
Dados do Beneficiário		·						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000040649400								
8 - Nome	·							
KATIA TOFFOLO SIMII	10							
Dados do Profissional Solic	tante							
9 - Nome do profissional solici	ante	10 - Telefone	11	1 - E-mail				
JOSE EVERALDO PED	ROLLO FILHO							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica	NEVO							
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A								
,								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 - Descrição		16 - Opcão 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde, Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		erial no fabricante	23 - Nº Autorização					
1- 00 78611920		BISELADOS TECHIMPORT - TI014.1030.034-	4	,	_ 4	_ _ , _		
81118460046	ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _					
2-				_	_ _	,		
		_ _ _ _		_ _ _ _	_			
3- _	-			_	_	_ ,		
	-				!! 	,		
	_ - - - - - 				-I			
5-					 _	,		
					_			
6- _				_ _ _ , _	_	_ _ , _		
					_ _			
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/10/2023 / Empresa / Titular: SIMINO E TOFFOLO REPRESENTACAO COMERCIAL E TREINAMENTOS EMPRESARIAIS LTDA								
1.2.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1.1								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
			П					