

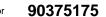
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90375175

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia <i>l</i>	Atribuído p	oela Opera	dora								
343269		90375175											
4 - Data da Autorização 5 - Senha 06/03/2023 09:45		90	90375175 6 - Data de Validade da 05/		Senha /05/2023								
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 0050000058907206				8 - Validade da Carteira 15/12/2023				9 - Atendimento de RN N					
50 - Nome Social													
10 - Nome WILLIAN VICENTINE													
Dados do Contratado	Solicitante	е											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA													
14 - Nome do Profission DANIEL FERREIR			IEIRA	RA			15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho 19475		17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Lo	ocal Solici	itado / Dado	s da Inte	ernação									
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-0	ra / CNPJ	2	.0 - Nome	do Hospita	I / Local Solicitad		ZADA LT	DA			11	a sugerida p 2023 00:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendime	nto 23 -	Tipo de Inter	nação	24 - Regim	e de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	revisão de uso de O	PME 27 - I	Previsão de u	uso de Quimioterápico
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9													
Procedimentos ou Iter 34 - Tabela 35 - Cóo				Descrição							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30735(2- 22 30735(3- 22 30735(4- 18 60000(5- 18 60024(6- 7- 8- 10- 11- Dados da autorização	033 050 041 805 151 		ACF LUX LES DIA	ROMIOPL (ACAO G SAO LAB RIA DE (JGUELTA	ILENO-UMER RAL - PROCE QUARTO COI AXA DE APAF	AL - PR EDIMEN LETIVO RELHO	ROCEDIM TO VIDEO DE 2 LEI / EQUIPA	ENTO VID DARTROS TOS COM MENTO P	EOAR COPIC BANH ARA A	PICO DE OMBI TROSCOPICO CO DE OMBRO HEIRO PRIVATI ARTROSCOPIA	RO 1 DE O 1 VO 2 PAR 1	- Qide. 30ii	1 1 1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da A		ospitalar 4	0 - Qtde Γ	Diárias Autr	orizadas 41	- Tipo de	e Acomodac	ão autorizad	la				
2 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Códi							44 - Código CNES						
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/03/2023 / ******1 EQUIPO 4 VAIS - material pago em conta hospitalar***** / Empresa / Titular: PLAENGE EMPREEN DIMENTOS LTDA													
46 - Data da Solicitação		47 - Acc	inatura do	Profission	al Solicitante	48 - Acci	inatura do F	Reneficiário o	II Resno	nnsável 40 - Ac	sinatura do	Responsáva	al nela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	11	Senha	00075475	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		90375175		90375175	06/03/2023 09:45		90375175		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000058907206									
8 - Nome									
WILLIAN VICENTINE									
Dados do Profissional Solic	itante								
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	1 - E-mail				
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A ******1 EQUIPO 4 VAIS - n	ANEXO	pitalar*****							
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20 -	Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate	erial	22 - Referência do material no	o fabricante	23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 78890578	ANG		ADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - A	3	,	_ 3 _	_ _ ,		
80083650087			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _					
2- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SETORN		2	,	_ 2 _	_ _ _ ,		
80777280006			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _ _				
3- 00 00116700	CAI		90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	_ _ _ ,	_ 1 _	_ _ _ ,		
80743230025			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00 70917540	CAI		SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	<u> </u>	_ _ _ ,	_ 2 _	_ _ _ ,		
80777280003			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. _ _ _ _					
5- 00 71876561	ANG		ADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -			_ 2 _	_ _ ,		
80083650063		ARTHROM COMERCIO I	DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. -					
6- _ _ _ _ - - - - - - - - -	 				_	_	_ _ , _		
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/03/2023 / ******1 EQUIPO 4 VAIS - material pago em conta hospitalar****** / Empresa / Titular: PLAENGE EMPREENDIMENTOS LTDA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				