

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91920301

(Via HOSPITAL)

1 11	Número da Guia A	Atribuído pela Opera	dora		040203	204				
343269	II. S. O I.		[0, D. (, 1, 1/4)]	la la la Ocalia	919203	301				
4 - Data da Autorização 19/07/2023 15	5 - Senha	91920301	6 - Data de Valid	17/09/2023						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		8 - Val	lidade da Carteira	9 -	Atendimento de	e RN				
0050000001364270		07/10	0/2023		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome LUCIANE ALBMA DE	CARVALHO V	'ALE								
Dados do Contratado Soli										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Co		SPECIALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So MARCUS VINICIUS D				15 - Cons	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 0			17 - UF 18 - Código CBO 225270		_
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	s da Internação								
19 - Código na Operadora /		0 - Nome do Hospita	al / Local Solicitado	<u> </u>				21 - Data sı	ugerida pa	ara Internação
10.246.214/0001-04		INIORT E ORTO						31/07/202		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Interi	nação 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2	6 - Previsa	ão de uso de OPME S	27 - Pre		so de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (opcior	nal)	(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional) 33 ·	- Indicação de Aci	dente (acid	ente ou d	pença relacionada)
								9		
Procedimentos ou Itens A 34 - Tabela 35 - Código	ssistenciais Solici do Procedimento							27 (Otdo Solid	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30726034 2- 18 60000805 3-		ARTROPLAS	QUARTO COL	E JOELHO COI	TOS COM B	ANHEIF	RO PRIVATIVO	₹ 1		1 2
Dados da autorização						_				
39 - Data provável da Admis	são hospitalar 4	0 - Qtde Diárias Aut 2	orizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	ospital / Local Auto	orizado SPECIALIZADA	LTDA	_			- 11	44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/07/2023 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular : LUCIANE ALBMA DE CARVALHO VALE 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										





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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	nciada 91920301	4 - Senha	91920301	5 - Data da Autorização 19/07/2023 15:45	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91920301					
Dados do Beneficiário		91920301		91920301	19/01/2023 13.43		31320301				
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000001364270		25 Nome Codia	Tromo Godia								
8 - Nome											
LUCIANE ALBMA DE C	CARVALHO VALE										
Dados do Profissional Solici											
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	1 - E-mail						
MARCUS VINICIUS DA	NIELI										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO DII ARTROSE DE JOELHO DII Sem cobertura contratual pa	REITO	ntos FORA de Ambiente Hos	pitalar!								
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricanto		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
1- 00 72397950			TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDA	-	l I I I I I I	_ 2	,				
10243070064	J		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTE			_1 -	IIII'III				
2- _				 		_	_ ,				
	_ _ _			.	_ _ _ _	_ _					
3-				_ _	_ _ , _	_	,				
_ _ _	_ _ _ _			- - - - -	_ _ _ _	_ _					
4- _ _ _	-		 		_	_	_ ,				
_ _ _ _ _ _	_ _ _		_	.	_ _ _ _						
⁵⁻	_ _ _					_l	,				
-	 	IIIIII		·		 	,				
-	_ _ _ _ _ _						1-1-1-1-171-1-1				
24 - Especificação do Material											
, ,											
25 - Observação / Justificativa		/o=/ooo /o			/T: 1 11014NF ::						
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 19/	07/2023 /Sem cobertura con	ntratual para Materiais e Medicamentos FOR	A de Ambiente Hospitalar! / Ei	mpresa / Titular: LUCIANE ALBM	A DE CARVALHO VALE					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						
	II.			II .							