

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92529450

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	dora		0252	0450				
343269			1	dada da Canha	9252						
4 - Data da Autorização 5 - Senh		5 - Senna	92529450 6 - Data de Validade da		13/11/2023	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			† †	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
0050000032015090			10/11	1/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome  JOSE PAULO BELA	ANSON	I									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissiona  CARLOS EDUARDO					15 - Con <b>06</b>	15 - Conselho Profissional 16 - Número do <b>21679</b>			Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270		1 -
Dados do Hospital / Lo			da Internação					21070		][	220270
19 - Código na Operadora			•	al / Local Solicitad	0			1	21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA		11		2023 00:0	-
22 - Caráter do Atendiment  1	23 -	Tipo de Internac	ção 24 - Regim	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPM <b>S</b>	E 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA I											
29 - CID 10 Principal (opo	cional)	30 - CID 10(2)	) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opo	cional)   32 - CII	) 10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Ac		gidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens											
1- 22 3072009 2- 18 6000059 3-	95	coedimento	FRATURA E	APARTAMEN	TO SIMPLES					- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	ilissao h	ospitalar   40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41	- Tipo de Acomoda	içao autorizad	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 (6528104)									44 - Código CNES <b>6528104</b>		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/09/2023 / Empresa / Titular: FRIGORIFICO RAINHA DA PAZ LTDA  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

"	- Número da Guia Referen	•	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92529450		92529450	14/09/2023 12:07		92529450		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000032015090									
8 - Nome									
JOSE PAULO BELANSO									
Dados do Profissional Solicita									
9 - Nome do profissional solicitan			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
CARLOS EDUARDO MO	TOOKA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN	EXO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Mat		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4			
1- <b>00</b> 72246200 10247700093	515		TOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>                                     </u>	_  ,	_  1	_ _ , _		
2- 00 72375906	FΔN		ARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14			_  2	,		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ı <del>-</del>	1		
3- <b>00 72245123</b>	SIS		TOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU	8		_  8	_ _ ,		
10247700093		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		_ <b>.</b>			
4-					_	_	,		
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _ _				
5-   _					_	_	_ ,		
					_ _ _ _	_			
6-   _   _   _   _   _   _   _   _					_	_	_ _ , _		
04. 5	 								
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/09/2023 / Empresa / Titular: FRIGORIFICO RAINHA DA PAZ LTDA									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				