

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94989525

(Via HOSPITAL)

| | | | dora | | 0.400 | 0525 | | | | |
|--|---------------------|------------------------------------|---|---|---|---------------|--|----------------------------------|--|--|
| 343269 | E Conho | 94989525 | | | | | | | | |
| 4 - Data da Autorização 03/05/2024 12:46 5 - Senha | | 94989525 | 94989525 6 - Data de Validade da 02 | | /07/2024 | | | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 11 | lidade da Carteira | 9 | - Atendimento | de RN | | | | |
| 0050000048993690 | | 31/07 | 7/2024 | | N | | | | | |
| 50 - Nome Social | | | | | | | | | | |
| 10 - Nome EDER ROCHA DA SILVA | | | | | | | | | | |
| Dados do Contratado Solid | citante | | | | | | | | | |
| 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 | | 13 - Nome do Co | ontratado RTOPEDIA ES | SPECIALIZAD | A LTDA | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional So | | ESANA | | 15 - Con 06 | 15 - Conselho Profissional 16 - Número do 30165 | | | Conselho 17 - UF 18 - Código CBO | | 18 - Código CBO 225270 |
| Dados do Hospital / Local | | | | | | | | | | |
| 19 - Código na Operadora / C | |) - Nome do Hospita | al / Local Solicitado |) | | | 11 | 21 - Data | a sugerida p | ara Internação |
| 10.246.214/0001-04 | 11 | NIORT E ORTO | | | ΓDA | | | 11/05/2 | 2024 00:0 | 0 |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Intern | ação 24 - Regim | e de Internação 1 | 25 - Qtde. Diária 2 | s Solicitadas | 26 - Pr | evisão de uso de OPM S | 1E 27 - I | - Previsão de uso de Quimioterápico N | |
| | | | | | | | | | | |
| 29 - CID 10 Principal (opciona | al) 30 - CID 10(| (2) (opcional) 3 | 1 - CID 10(3) (opci | onal) 32 - CIE | 10(4) (opcior | nal) | 33 - Indicação de Ad | cidente (a | cidente ou d | oença relacionada) |
| Procedimentos ou Itens As | sistenciais Solicit | ados | | | | | | | | |
| 1- 22 30733065 2- 22 30733030 3- 98 08011081 4- 18 60000805 5- 18 60024151 | do Procedimento | CONDROPL PCT ARTRO DIARIA DE | ASTIA (COM R SCOPIA DE JO QUARTO COLI | EMOCAO DE O DELHO UNIOR ETIVO DE 2 LE | CORPOS LI TE - ENF ITOS COM | VRES) BANH | O VIDEOARTRO:) - PROCEDIMEN IEIRO PRIVATIVO RTROSCOPIA P | SC 1 ITO 1 1 0 1 | - Qtde. Soli | c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 |
| 6- | | | | | | | | | | |
| Dados da autorização | | | | | | | | | | |
| 39 - Data provável da Admiss | são hospitalar 40 |) - Qtde Diárias Aut 2 | orizadas 41 - | Tipo de Acomoda | ição autorizad | a | | | | |
| 42 - Código na Operadora / 0 10.246.214/0001-04 | CNPJ autorizado | 11 | ospital / Local Auto | | A LTDA | | | | | 44 - Código CNES 6528104 |
| 45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43) | 3372-0900 / Emiti | | 4 / Empresa / Titu | | D BRASIL IN | | | | | el pela Autorização |



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

| · · · | 3 - Número da Guia Referenciada | | 4 - Senha | 0.4000505 | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---|----------------------------------|--|
| 343269 | | 94989525 | | 94989525 | 03/05/2024 12:46 | | 94989525 | |
| Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | |
| 0050000048993690 | • | 29 - Nome Social | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | |
| EDER ROCHA DA SILV | A | | | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | | | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicit | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | | |
| GUILHERME JOSE MIY | ASAKI PIOVESANA | | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MENISCO M RUPTURA DO MENISCO M | | | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate | | Descrição 22 - Referência do mater | int an fabricanta | | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada | a 20 - Valor Unitário Autorizado | |
| 1- 100066879 | | | iai no fadricante .RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4 | 23 - Nº Autorização 4,5/3,9- 1 | l I I I I I | _ 1 | | |
| 81288540024 | | | IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLI | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | _ _ _ _ | | 1-1-1-1/1-1-1 | |
| 2- | | | | _ _ | _ | _ | , | |
| | | | _ _ _ _ | | | | | |
| 3- | | | | _ _ | _ | _ | , | |
| | _ | | - - | | _ _ _ _ | | | |
| | - | | | | | _I | , | |
| 5- | | | | _, | | _,, _ | _ _ _ , | |
| | _ | | | _ | _ _ _ _ | _ | | |
| 6- _ | | | | _ _ | _ _ _ , | _ | , | |
| | | | | | | <u></u> | | |
| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | | |
| | 372-0900 / Emitido em 03/ | 05/2024 / Empresa / Titular: | SANDOZ DO BRASIL INDUSTRIA FARM | ACEUTICA LTDA | | | | |
| | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura de | o Responsável pela Autorização | | | |