

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92503849

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela C	Operadora								
343269					9250	03849					
4 - Data da Autorização 12/09/2023 15:	5 - Senha	925038	6 - Data de Va		nha 1/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 0050000004797321		i i	3 - Validade da Cartei 1 2/04/2025	ira	9 - Atendiment	l l					
			12/04/2025		IN						
50 - Nome Social											
10 - Nome MARIA ELISA DE OLIVEIRA DIAS											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		11	do Contratado	ECDECIAI	IZADA I TDA						
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante [15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO											
ALEXANDRE DE OLIV		oz		t t	06 17905		o do Consolno	11 11	225270		
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	os da Internaç	ão	'							
19 - Código na Operadora / C	11		ospital / Local Solicita				11	ta sugerida pa	-		
10.246.214/0001-04			RTOPEDIA ESF			1			/2023 00:00		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	rnação 24 - F	Regime de Internação 1	25 - Qtde	e. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso	de OPME 27 -		o de Quimioterápico		
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEYO										
29 - CID 10 Principal (opciona	0(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (c	pcional)	32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação d		áo de Acidente (a	e Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solid	citados									
34 - Tabela 35 - Código do	o Procedimento	TRANSI DIARIA DIARIA ALUGUI	ILIDADE FEMOR POSICAO DE MA DE ACOMPANHA DE APARTAME ELTAXA DE APA	IS DE 1 TE ANTE COM NTO SIMPI RELHO / E	INDAO - TRATAM I REFEICAO COM LES EQUIPAMENTO P	NTERAL DA PATE MENTO CIRURGIO MPLETA PARA ARTROSCO	ELA, RET 2 CO 1 1 1 DPIA PAR 1	7 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut. 2 1 1 1 1		
11-	_ _ _ _ _ _ _							 	_ 		
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Diária	11	11 - Tipo de A 12	comodação autorizad	da					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código C 6528104								4 - Código CNES 5 528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 12/09/2023 / Empresa / Titular: ESLAINE DE OLIVEIRA DIAS 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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		92503849		92503849	12/09/2023 15:45		92503849
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000004797321							
8 - Nome							
MARIA ELISA DE OLIV	EIRA DIAS						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	l - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM / INDICAÇAO CLINICA EM /							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricanto	16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicida Europamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 00590045		MINA PARA SHAVER SET		Autorização		1	,
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	III'II
2- 00 71876510	AN	CORA COM SUTURA E A	PLICADOR DESCARTAVEL - 0112004-525 -	2	_ _ _ ,	_ 2	,
80083650063		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_ _ _		
3- 00 00597007	PAI		A REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB	<u> </u> 1	,	_ 1	_,
80044680085		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
4- _	_ _ _ _				_	_	_,
					_ _ _ _	_ _	
5-	_ _ _				_	_	_ _ , _
6-		I—I—I—I—I—I—				 	_ _ _ ,
					_ _	_ _ 	1-1-1-1/1-1-1
24 - Especificação do Materia	l						
25 - Observação / Justificativa							
Teletone Contratado: (43)3	337∠-0900 / Emitido em 12/	ru9/2023 / Empresa / Titular:	ESLAINE DE OLIVEIRA DIAS				
	10	<u> </u>					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rotissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		