

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91708823

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora			\neg			
						9170882	23			
4 - Data da Autorização	22.22	5 - Senha	0.4700000	6 - Data de Valid						
30/06/2023	08:22		91708823		29/08/2023					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN										
0050000003187970			11	8/2025		N				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
JOSUE DIAS DA S	LVA									
Dados do Contratado S		e	[40 Nove 1: 6	N						1
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C		SPECIALIZADA	ΔΙΤDΔ				
14 - Nome do Profissiona		nte	ONION E	JKTOT EDIA E		elho Profissional	I 16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE O			Z	06			17905	t t		225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solici	itado / Dados	da Internação							
19 - Código na Operador		11		tal / Local Solicitad				21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UN	NORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA LT	DA		05/07/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	to 23 -	Tipo de Interna	ção 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 26	- Previsão de uso de 0	OPME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica		С		1	3		S			N
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opo	cional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de		cidente ou c	oença relacionada)
Procedimentos ou Iten										
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307260 2- 18 600003 3- 18 600008 4-	34 84 05 		DIARIA DE	ASTIA TOTAL D	NTE COM REFE ETIVO DE 2 LE	TOS COMPL	ANHEIRO PRIVAT	O CIR 1 1 TIVO 3	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 3
39 - Data provável da Ad	missão ho	ospitalar 40	 Qtde Diárias Au 3 	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autoriza						A I TDA	<u> </u>			44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/06/2023 / Empresa / Titular: EDNA ARAUJO DA SILVA										
46 - Data da Solicitação		47 - Assin	atura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatura do I	Beneficiário ou Re	esponsável 49 - A	Assinatura do	Responsáv	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	91708823		91708823	30/06/2023 08:22		91708823
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000003187970						
8 - Nome						
JOSUE DIAS DA SILVA	1					
Dados do Profissional Solic	itante					
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ		11			
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A						
INDICAÇAO CLINICA EM A	MEXO					
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do I		data a fall dansar		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20) - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 73990930		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4	
80044680277		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_ 1	_,
2- 00 72397950		TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_ _ _ _ _ 2		_ 2	
10243070064		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 2	_ ,
3- 74906119		ALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO			I 1	,
80044680276		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	
4- 74902318		OLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	1		1	_ ,
80044680272		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		-1 '	IIII'III
5-					_	,
						1-1-1-1/1-1
6- _				_	_	_ _ , _
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 30/06/2023 / Empresa / Titular:	EDNA ARAUJO DA SILVA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		