

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93915506

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número 0	da Guia Atribuído	pela Operad	dora			939155	06				
4 - Data da Autorização 30/01/2024 16:34	Senha 93	3915506	6 - Data de Vali		enha 3/2024						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		8 - Vali	dade da Carteira	l	9 - 4	Atendimento de	RN				
005000000727345		10/10	/2025			N					
50 - Nome Social											
10 - Nome DIORAZIL BAIZE											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	11	Nome do Co	ontratado RTOPEDIA E	SPECIAI	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA					15 - Conselho Profissional 16 - Número do Cor 19475			onselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local Solicitad	n / Dados da Int	ternacão									
19 - Código na Operadora / CNPJ		,	I / Local Solicitad	lo					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	11		PEDIA ESPE	CIALIZA					11	2024 00:0	1
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tip	o de Internação C	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qtd	le. Diárias S 2	Solicitadas 26	6 - Previs	ão de uso de OP	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30	- CID 10(2) (opci	ionai) 3	I - CID 10(3) (opo	cionai)	32 - CID 1	10(4) (opcional)	33	- Indicação de <i>F</i>	•	9	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistencia	ais Solicitados										
34 - Tabela 35 - Código do Proced 1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 22 30735092	AC RU RE	IPTURA D	ASTIA - PRO O MANGUITO D LATERAL D DA PORCAO	ROTAD A CLAVI	OR - PR	OCEDIMENT PROCEDIME	TO VIDI ENTO V	EOARTROS(IDEOARTRO	0 1 COP 1 OSC 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5- 18 60000805			QUARTO COL								2
6- 18 60024151			XA DE APAR								1
7- _	<u> </u>								_	_	
8- _	<u> </u>								_	_	
9-	<u> _ _ </u>								_	_ _	
10-	<u> _ _ </u>								<u> </u> _	_	
11-	_ _									- -	_ _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospi	talar 40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de A	Acomodaçã	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ aut 10.246.214/0001-04	11		spital / Local Aut		LIZADA	LTDA	•				44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/01/2024 /em relação ao material : 01 x cód: 00151424 - EQUIPO 4 VIAS IRRIGOPLASS 8010401 - material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: DIORAZIL BAIZE											
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura o	do Profission	al Solicitante	48 - Assina	atura do Be	eneficiário ou R	tesponsá	ivel 49 - Ass	sinatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	3 - Numero da Guia Referen	93915506	4 - Sellia	93915506	30/01/2024 16:34	93915506			
Dados do Beneficiário		30310000		30310000	00/01/2024 10:04	30310003			
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000000727345		29 - Nome Social							
8 - Nome									
DIORAZIL BAIZE									
Dados do Profissional Solid			Transition of the second	1					
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	1	1 - E-mail				
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO em relação ao material : 01 x cód: 00151424 - EQUIPO 4 VIAS IRRIGOPLASS 8010401 - material pago em conta hospitalar									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	ial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização		itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 00 71502718			ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL .			_ 3 _ ,			
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. <u> </u> . 					
2- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F			O OB F 2,9X5,5MM 892350000			_ 2 _ ,			
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
3- 00 00116700	CAN	NETA ABLACAO RF STRII	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<u> </u> 1	_ _ _ , _	_ 1			
80743230025		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _				
4- 00 00712639	GAN	NCHO COMPRESSAO SU	TURA BIP 742010000	1	,	_ 1 _ ,			
80356130057		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5- 00241202	TRO		8,25X90MM PARTRO009	1	_ ,	_ 1			
80371250020			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _				
6- 00 00151424 10395270060	IRR	IGADOR IRRIGOPLASS 0	4 VIAS 8010401	1		_ 1			
24 - Especificação do Materia									
25 - Observação / Justificativa T-lufara Contrata do (40)077 0000 / Fritida do 00/4/0004 / martial do 00/4/0004 /									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/01/2024 /em relação ao material: 01 x cód: 00151424 - EQUIPO 4 VIAS IRRIGOPLASS 8010401 - material pago em conta hospitalar / Empresa / Titular: DIORAZIL BAIZE									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização				