

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91666407

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	a Atribuído p	oela Opera	dora									
1 - Registro ANS 343269 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9166640						6407							
4 - Data da Autorização 5 - Senha			6 - Data de Validade da										
					26/0	8/2023							
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN													
005000030810399 09/11/2023							N						
50 - Nome Social													
10 - Nome													
RICARDO LEAL VENT													
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-04		11			ESPECIAI	LIZADA	LTDA						
												18 - Código CBO	
RAFAEL MAURICIO B	ELETATO				0	06 28806					41	225270	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Da	dos da Inte	rnação					•					
19 - Código na Operadora / C	NPJ			al / Local Solicita							21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESP				F		[_1[
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qtd	e. Diárias 0	Solicitadas	26 - Pr	evisão de u	so de OPM	E 27 - F	revisão de i	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica				•									
SOLICITO ACRESCIMO D	E PROCEDIM	ENTO											
	n 100 010	10(0) ("	4. 015.40(0)/		22 015	10(1) (0 11	00 1 "	~			
29 - CID 10 Principal (opciona	ai) 30 - CID	10(2) (opcio	onal) [[3	1 - CID 10(3) (op	ocionai)	32 - CID	10(4) (opcio	nai)	33 - Indica	içao de Ac		gaente ou d 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados											
34 - Tabela 35 - Código d	lo Procedimento		Descrição									- Qtde. Soli	
1- 22 30734053		REC	CONSTRU	UCAO, RETE	NCIONAN	IENTO (OU REFO	RCO D	E LIGAN	IENTO -	PR 2	1 1 1	2
3-	_	-!									_	-!! -	
4-	_,,,_ _	i									i_		iii
5- _	_	J									_	_	I_ _ _
6-	_	<u> </u>											
7- _ _ _ _ _ _ _ _ _	_	-l										- 	
9-		-ı I									 	-11 	
10-	_,,, _										i_		iii
11-	_	J									_	_	III
12-	_										_	_	
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde [Diárias Auto 0	orizadas 4	1 - Tipo de A	\comodaç	ão autorizad	la					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES													
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104													
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/06/2023 / Empresa / Titular: WITTUR LTDA													
(12)				,									
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura do	o Profission	nal Solicitante	48 - Assina	atura do E	Beneficiário c	u Respo	onsável	49 - Assir	atura do	Responsáv	el pela Autorização



GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador **91666407**

1 - Registro ANS	3 - Número d	la Guia de Solici	itação de Internação		4 - Data da Autori	zação					
343269				91633753	27/06						
5 - Senha				6 - Número da	Guia Atribuido pela	Operadora					
			91666407						91666407		
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			31 - Nome Social								
0050000030810399											
8 - Nome											
RICARDO LEAL V	ENTURA										
Dados do Contratado Solicitante											
9 - Código na Operadora	a		10 - Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
11 - Nome do Profission			11	elho Profissional	13 - Número d	o Conselho	14 - UF	15 - Código CBO			
RAFAEL MAURICI	O BELETA	то		06		28806		41	225270		
Dados da Internação											
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitada	s 17 -Tipo	da Acomodação Solicitada								
0			1								
18 - Indicação Clínica	40 DE DD00	EDIMENTO									
SOLICITO ACRESCIN	IO DE PROC	EDIMENTO									
Procedimentos ou Iten	s Assistencia	is Adicionais S	Solicitados								
	ligo do Procedi		- Descrição					- Qtde. Sol			
1- 22 307340)53	RE	ECONSTRUCAO, RETENC	CIONAMENTO	OU REFORCO D	E LIGAMENT	O - PR 2		2		
2- _		<u> </u>					<u> </u> _	_			
3- _	!!	_ _ _					<u> </u> _	_			
4- _	!!!	_ _ _					<u> </u> _	_			
5- _	!!						<u> </u> _	-			
6- _	!!!						_	-			
7- _ _ _ _	!!!!						_	-			
8-								_	_		
Dados da autorização											
24 - Qtde. Diárias Adicio	nais Autorizad	- 11 .	da Acomodação Autorizada								
0		1									
26 - Justificativa da oper	adora										
27 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/06/2023 / Empresa / Titular: WITTUR LTDA											
The second secon											
28 - Data da Solicitação		29 - Assinatura	do Profissional Solicitante 30) - Assinatura do F	tesponsável pela Au	torização					