

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94807601

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído pela Ope	radora									
343269												
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid									
17/04/2024 15	:06	94807601		16/06/2024								
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN												
005000003234790 04/11/2025					N							
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MARIA DE LOURDES		10										
Dados do Contratado Solido 12 - Código na Operadora	citante	13 - Nome do	Contratado									
10.246.214/0001-04		11	ORTOPEDIA E	SPECIALIZAD <i>A</i>	LTDA							
14 - Nome do Profissional So	olicitante			15 - Cons	elho Profissional	16 - Número do Co	onselho 17	- UF 18 - Código CBO				
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIR	ΟZ		06 17905		17905	41	225270				
Dados do Hospital / Local		-										
19 - Código na Operadora / 0 10.246.214/0001-04	11		ital / Local Solicitad		DΔ		21 - Data sug 25/04/2024	erida para Internação				
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte		ime de Internação	25 - Qtde. Diárias		- Previsão de uso de OPN		são de uso de Quimioterápico				
1	C	mação   24 - Neg	1	3	Solicitadas   20	S	VIL    27 - FIEVIS	N				
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opcion  Procedimentos ou Itens As  34 - Tabela 35 - Código o  1- 22 30726034  2- 18 60000384	ssistenciais Soli	citados 36 - Descriçã ARTROPL		E JOELHO COM		- TRATAMENTO C	<b>9</b> 37 - Qtd	de. Solic. 38 - Qtde. Aut.				
3- 18 60000384 3- 18 60000805						LTA .NHEIRO PRIVATIV		3				
4-		   										
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde Diárias A 3	utorizadas 41 <b>1</b>	- Tipo de Acomoda	ão autorizada							
							44 - Código CNES <b>6528104</b>					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/04/2024 / Empresa / Titular: MARIA DE LOURDES MANFRINATTO  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												



## 2 - Nº Guia no Prestador

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refere	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		94807601		94807601	17/04/2024 15:06		94807601	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000003234790								
8 - Nome								
MARIA DE LOURDES I	IANFRINATTO							
Dados do Profissional Solici								
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	1	11 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVI	IRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL DI ARTROPLASTIA TOTAL DI								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		- Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do mater	ial no fabricante LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-0	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4		
1- <b>74896466</b> <b>80044680257</b>			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-             -	_  1	_ ,	
2- 74951955			ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-1			1		
80044680317			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			-1	1-1-1-1-171-1-1	
3- 00 73990930		MPONENTE FEMORAL OF	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-0	1   1	_ _ _ ,	_  1	_ _ ,	
80044680277		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	\				
4- 00 72397950	CII	MENTO OSSEO PARA ORT	OPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARI	DC  _  2	_ _ _ ,	_  2	_ _ , _	
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	\				
5-   _	_ _ _				_   _ _ _ _ ,	_	,	
	_ _ _				_ _ _ _	_		
6-   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_				_	_	,	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 17	/04/2024 / Empresa / Titular: I	MARIA DE LOURDES MANFRINATTO					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			