

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95302197

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído p	ela Operado	ora								
343269							95302	197				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de 29/05/2024 17:27 95302197			6 - Data de Va		Senha 07/2024							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			11	ade da Cartei	ra	9 -	Atendimento d	le RN				
0050000061586059			30/10/2	2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome CLAUDECIR RIBEIRO GONCALVES												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 - No	ome do Con	tratado								
10.246.214/0001-04		UNIO	ORT E OR	TOPEDIA	ESPECI/	ALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So MARCUS VINICIUS DA					15 - Conselho Profissional 16 - Número do 18734				onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	os da Inter	rnação									
19 - Código na Operadora / C	11			/ Local Solicita						1		ara Internação
10.246.214/0001-04				PEDIA ESP							024 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	rnação 2	24 - Regime	de Internação 1	25 - Qt	tde. Diárias 1	Solicitadas 2	26 - Previsã	o de uso de OP	ME   27 - P	revisão de ι	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica LESÃO OSTEOCONDRAL	IOEI HO DIBE	ITO										
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID		- CID 10(3) (o	(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcion			33 -	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion 9			oença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	citados										
1- 22 30733049 2- 98 08011081 3- 18 60024151 4-	o Procedimento	OST PCT	ARTROS	COPIA DE XA DE APA	JOELHO RELHO /	UNIORT	E - ENF	RA ARTI		A# 1 1	Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1 1 1
Dados da autorização								_				
39 - Data provável da Admiss	ao hospitalar     4	10 - Qtde D	Diárias Autori <b>1</b>	izadas 4		Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04					ALIZADA	LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/05/2024 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL  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 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	Número da Guia Referer	nciada <b>95302197</b>	4 - Senha	95302197	5 - Data da Autorização 29/05/2024 17:27	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95302197		
		93302197		93302197	29/03/2024 17.27		93302197	
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000061586059		25 Nome Goda						
8 - Nome								
CLAUDECIR RIBEIRO GO	ONCALVES							
Dados do Profissional Solicitar	nte							
9 - Nome do profissional solicitant	te		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
MARCUS VINICIUS DANI	ELI							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica LESÃO OSTEOCONDRAL JO LESÃO OSTEOCONDRAL JO	ELHO DIREITO ELHO DIREITO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Mate		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- <b>100066879</b> <b>81288540024</b>	CA		ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9- CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	_  - - - - - - - - - - - - - - - - -	_  1	,	
2-	2-0900 / Emitido em 29/	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	LILILIA IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização			