

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94884245

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - <b>343269</b>	Número da Guia Atribuído pela Operadora 94884245						5					
4 - Data da Autorização 24/04/2024 09	5 - S		4884245	6 - Data de Valid	dade da Sen							
Dados do Beneficiário	.33	94	+004243		23/00/	2024						
7 - Número da Carteira			8 - Val	lidade da Carteira		9 - Ater	ndimento de R	:N				
0050000001154390			07/06	6/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MARIA IVONE URSSI												
Dados do Contratado Solido 12 - Código na Operadora	citante	13 -	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04		11		RTOPEDIA E	SPECIALI	ZADA LT	ΓDA					
14 - Nome do Profissional So		I I			11 11			† I	11 11			18 - Código CBO
MARCUS VINICIUS DA		/ Dadas da Int	ornação		06	<b>)</b>		18734		41		225270
19 - Código na Operadora / C			-	al / Local Solicitad	lo				2	21 - Data sug	erida pa	ra Internação
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORTO	PEDIA ESPE	CIALIZAD					20/05/2024	00:00	)
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo d	de Internação C	24 - Regim	e de Internação <b>1</b>	25 - Qtde.	Diárias Solid	citadas    26 -	Previsão de (	uso de OPME	27 - Previs		so de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica		-		-						<u> </u>		
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 . (	CID 10(2) (opci	ional) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional) 3	2 - CID 10/4	l) (opcional)	1 33 - Indic	ação de Acir	dente (aciden	te ou de	ença relacionada)
23 Old To Timelpai (opcion	any Joo-V	010 10(2) (000	Jonaly 3	1 - OID 10(3) (OPC	Sional)	2 015 10(4	r) (opcional)	Jos maio	ação de Acie	9	ic ou uc	criça relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais	Solicitados										
34 - Tabela   35 - Código of		AR	ARIA DE	STIA TOTAL D	TO SIMPLI	ES				37 - Qto  2	             	38 - Qtde. Aut.  1 2
Dados da autorização	~	1 40 044-	Diárias Aut		Tine de An							
39 - Data provável da Admiss	oau nospitala	aı   40 - Qtde	Diárias Auto 2	orizadas 41	- Tipo de Ac	omodação a	autorizada					
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autori	11		ospital / Local Aut		ZADA LT	ΓDA				- 11	14 - Código CNES 6 <b>528104</b>
45 - Observação / Justificativ Telefone Contratado: (43)	3372-0900		24/04/2024	4 / Empresa / Tit	tular: MARIA	A IVONE U		sponsável	49 - Assina	atura do Resp		l pela Autorização





## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	9488424	5	94884245	24/04/2024 09:33	94884245		
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social						
0050000001154390							
8 - Nome							
MARIA IVONE URSSI							
Dados do Profissional Solici	ante						
9 - Nome do profissional solicit	ante	10 - Telefone	11	l - E-mail			
MARCUS VINICIUS DAI	IIELI						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO DIF ARTROSE DE JOELHO DII							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M	aterial 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 72397950		RTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	<u>    2</u>	,	_  2   _ ,		
10243070064 2- 74931105		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 42-5320-067-02 BASE TIBIAL CIMENTADA PE	_ _ _ _	_ _ _ _			
80044680301		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_    -  - - - - - - - - - - - -	_  1		
3- <b>74949861</b>		ILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 42-5226-004-			1		
80044680317		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_  '		
4- 74932047		42-5570-001-14 COMPONENTE HASTE TIBIAL			_  1		
80044680301		RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	-    -  - - - - - - -				
5- 02967227	COMPONENTE FEMORAL	PS PERSONA STD DIREITO 05 42-5006-058-02			_  1		
80044680307	ARTHROM COME	RCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
6-   _	<del>                                     </del>			_			
				_ _ _ _			
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	172-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titul	ar: MARIA IVONE URSSI					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			