

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92753403

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269	TO GO GOIG 7 III	ibulao pola Opola	92753403								
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid]					
04/10/2023	16:08		92753403		03/12/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
7 - Número da Carteira 0050000059480885			- 11	6/2025		- Atendimento N	de KIN				
50 - Nome Social											1
10 - Nome											
ANA LUIZA DE MEI	LO MAS	SI									
Dados do Contratado S		•									
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C	ontratado ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A I TDA					
14 - Nome do Profissiona		te	OMORT E C	TOT EDIA E		selho Profissio	nal 1	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
JOAO PAULO FER			IRO		06	28617				41	225270
Dados do Hospital / Loc	cal Solicit	tado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora		11		al / Local Solicitado							ara Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE						2023 00:0	
22 - Caráter do Atendiment	0 23 -	Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diária:	Solicitadas	26 - Previ	isão de uso de OPN	ИЕ 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica		<u> </u>		1	2			S			N
29 - CID 10 Principal (opc	cional)	30 - CID 10(2	(opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CIE	10(4) (opcion	nal) 33	3 - Indicação de A	,	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens			dos				, ,				
34 - Tabela 35 - Códi		cedimento	36 - Descrição	U SUTURA DE	LIM MENISCO	BBOCEDII	MENTO	VIDEOARTRO		- Qtde. Soli	
2- 22 3073310				ADE FEMORO			_				1
3- 22 3073304				IDROPLASTIA	-			•			1
4- 98 0801108				OSCOPIA DE JO					1		1
5- 18 6000086 6- 18 6002419				QUARTO COL AXA DE APAR							1
7- _	,, _ _		ALUGULLIA	AXA DE AFAN	LLIIO / LQUIF /	WILLIATO FA	111A AI1	TROSCOFIA	AN 1		. <u> </u>
8-		 							i_	_iii	i_i_i_i
9-	_								_	_	_ _ _
10- _ _ 11-	_ _	_								_	
12-	_ _	 							_	-11 -11	 _
Dados da autorização									· ·		
39 - Data provável da Adı	missão ho	spitalar 40	- Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizada	а				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPEC						A LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/10/2023 / Empresa / Titular: ILMAR ANTONIO DALLAMARIA MODO TRANSPORTES 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
Data da Gullulação		-1 - Maailli	atara au r 101155101	iiai cononante '	- Assiriatura uu	Donichicianio Ol	a respons	- MSSI	iaiura UU	, coponsav	oi poia Autorização





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269		92753403		92753403	04/10/2023 16:08	6:08 9275						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social										
005000059480885												
8 - Nome												
ANA LUIZA DE MELO MASI												
Dados do Profissional Solici	tante											
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	- E-mail							
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERREIRO											
Dados da cirurgia												
12 - Justificativa técnica LESÃO DO MENISCO MED LESÃO DO MENISCO MED												
OPME Solicitadas												
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unit	ário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00590045		22 - Referência do mate IINA PARA SHAVER SET		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1 _						
80777280006	LAII		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ - - - - - - - - - - - - - - - - -		!,					
2- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200									
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _ _								
3-					_	_	_ ,					
	_ _ _				_	_						
4- _					_	_	_ ,					
					_							
5- <u>-</u> - - - - - - - - - - -					_	-	_ ,					
6-1 1 1 1 1 1 1	_ _ _	IIIIII			_ _ _ _	 -						
						-	!;					
24 - Especificação do Material						<u> </u>						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/10/2023 / Empresa / Titular: ILMAR ANTONIO DALLAMARIA MODO TRANSPORTES												
Telefone Contratado. (40)3372-03007 Emilido em 04/10/20237 Emplesa / Titulai. ILIVIAN ANTONIO DALLAWANIA WODO TRANSFORTES												
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização							