

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92618039

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ro da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269						92618	039				
4 - Data da Autorização	22.42	5 - Senha	00010000	6 - Data de Valid							
22/09/2023	09:12		92618039		21/11/2023						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira  8 - Validade da Carteira  9 - Atendimento de RN											
0050000000804005			11	8/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
MARIA APARECIDA											
Dados do Contratado S  12 - Código na Operadora		) 	13 - Nome do C	Contratado							
10.246.214/0001-04			t		SPECIALIZAD	A LTDA					
14 - Nome do Profissiona	Solicitan	te			15 - Con:	selho Profission	al 16	- Número do Cor	selho	17 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE O	LIVEIRA	A QUEIROZ	<u> </u>		06		17	17905			225270
Dados do Hospital / Loc			-					1,5			
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	a / CNPJ	11		al / Local Solicitad	o :CIALIZADA L1	·DΔ		- 11	21 - Data s <b>29/09/20</b>		ara Internação n
22 - Caráter do Atendiment	0 23-	Tipo de Interna		ne de Internação	25 - Qtde. Diárias		26 - Previsã	io de uso de OPM			so de Quimioterápico
1		C	Judo    24 Rogiii	1	3	Conordado	20 1 101100	S		cviouo uo c	N
28 - Indicação Clínica											
INDICAÇÃO CLÍNICA E											
•											•
					11						
29 - CID 10 Principal (opc	cionai)	30 - CID 10(2	(opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional)   32 - CIL	10(4) (opciona	11)    33 -	Indicação de Aci	dente (acid <b>9</b>		oença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assister	nciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Códi		cedimento	36 - Descrição							Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3072603 2- 18 6000038					DE JOELHO CO NTE COM REFE			TAMENTO CI	R 1 3		1 3
3- 18 600005				APARTAMEN <sup>*</sup>		ICAO COMP	LEIA		3		3
4-   _	_  _										<u> </u>
5-	_  _										_ _ _
6-	-	_								_ _	
<sup>7-</sup>    _   _   _   _   _   _   _   _	_  _  	 							 	 	
9-	 -  _	 							—	— —  — —	
10-  _	_	_									_ _
11-	_!!!									_ _	_ _ _
12-	_  _										<u> </u>
Dados da autorização  39 - Data provável da Adr	missão ho	spitalor 40	- Qtde Diárias Aut	torizodos 41	- Tipo de Acomoda	oão outorizado	7				
39 - Data provaver da Adi	1115540 110	ispitalal   40	3	12		çao autorizada					
42 - Código na Operadora	a / CNPJ	autorizado	1	lospital / Local Aut						- 11	44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA APARECIDA GAVA BORDINI											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário ou	Responsá	vel 49 - Assin	atura do R	esponsáve	el pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador



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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269	9261803	9	92618039	22/09/2023 09:12	92618039			
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000000804005								
8 - Nome								
MARIA APARECIDA G	AVA BORDINI							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	tante	10 - Telefone	1.	1 - E-mail				
ALEXANDRE DE OLIV	EIRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
INDICAÇÃO CLINICA EM								
INDICAÇÃO CLÍNICA EM	ANEXO							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do					itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 73990930 80044680277		OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01 ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1		_  1			
2- 00 72397950		ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C			2			
10243070064		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  <del> </del>	-	_  4			
3- <b>74906119</b>		TALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO			_  1     _ ,			
80044680276		ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 74902318	INSERTO ARTICULAR DE	POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596			_  1     _ ,			
80044680272	ARTHROM COMI	ERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 					
5-				_				
6-   _	_ _ _			_	_			
					_ _			
24 - Especificação do Materia								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA APARECIDA GAVA BORDINI								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
_				•				