

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94407951

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
343269						94407	951				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Vali							
14/03/2024	10:09		94407951		13/05/2024						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000058119364			11	5/2024		N	IC IXIV				
50 - Nome Social											
	Co Traine Social										
10 - Nome											
CELSO DALL OCA	MALD	ONADO									
	Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04			13 - Nome do C		SPECIALIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissiona		ite	Omon 2			elho Profission	al 16 - Nú	imero do Cons	selho 17	7 - UF	18 - Código CBO
ALEXANDRE DE O			<u>z</u>		06		1790		4	11	225270
Dados do Hospital / Lo	al Solici	tado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operadora	a / CNPJ	11		al / Local Solicitad				11	-	-	ara Internação
10.246.214/0001-04					CIALIZADA LT				20/03/202		
22 - Caráter do Atendiment	0 23 -	Tipo de Interna	ıção 24 - Regin	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsão de		27 - Previ		so de Quimioterápico
1 28 - Indicação Clínica				1	3		S)			N
29 - CID 10 Principal (ope	ional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (op:	cional) 32 - CID	10(4) (opcional	l) 33 - Indi	cação de Acid	ente (acider	nte ou do	pença relacionada)
									9		
Procedimentos ou Itens									27 04	ido Colie	20 Otdo Aut
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307260: 2- 18 600005: 3-	34	 	DIARIA DE	STIA TOTAL [DE JOELHO COI					_ _ _ _ _ _	38 - Qtde. Aut. 1 3
Dados da autorização 39 - Data provável da Ado	nissão ho	enitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	rão autorizada	7				
33 - Data provaverda Adi	iiiooaU IIC	opitalal 40	- Qtde Diarias Au	12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 1		gao autonzaua					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104									44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 14/03/2024 / Empresa / Titular: MALDONADO ADMINISTRATIVO E CORRETORA DE SEGUROS LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
Data da Gullulação		¬' - Maaiii	atara ao 1 10115510	nai concitatite	-io - mosiliatula u0 l	SCHOHOLAND DU	. coponoavel	-0 - Vasiila	iaia uo Nes	ρυποαντ	n pola nululização



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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refere	enciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		94407951		94407951	14/03/2024 10:09	94407951		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000058119364								
8 - Nome								
CELSO DALL OCA MA	LDONADO							
Dados do Profissional Solici								
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1	11 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica DOR + DEFORMIDADE JO DOR DEFORMIDADE JOE								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do N		- Descrição	ial na fabricante			citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 73990930		22 - Referência do mater	pai no fadricante PTION COM RESTRICAO - 00-5996-0	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1 _ _ , _		
80044680277			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL		י י י 	_ '		
2- 00 74906119			LICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047			_ 1 _ ,		
80044680276		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA _ _ _ _				
3- 00 74902318		SERTO ARTICULAR DE PO	LIETILENO COM RESTRICAO FIXO	- 00-596 1	,	_ 1		
80044680272		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA _ _ _				
4- 00 72397950	CI		OPEDIA G1A VISCOSIDADE STAND		,	_ 1 _ _ , _		
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.TDA _ _ _ _				
5- _	_				_			
	_ _ _					!! 		
6- _ _ _ 1	_ _ _	1		 				
24 - Especificação do Material		IIIIII		I—I I—I—I—I—I				
2. Especimoayas as maionar								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 1	4/03/2024 / Empresa / Titular:	MALDONADO ADMINISTRATIVO E COI	RRETORA DE SEGUROS LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do I	Profissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização			