

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94237958

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia	Atribuído pe	ela Operad	ora									
343269							94237	7958					
4 - Data da Autorização 5 - Senha 29/02/2024 08:40			94237958 6 - Data de Validade da			enha 04/2024							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira			11	dade da Carteira		9 -	Atendimento	de RN					
0050000035381232 50 - Nome Social		28/09/2025				N							
To Nome Social													
10 - Nome MARCOS OLIVEIRA D	MARCOS OLIVEIRA DA SILVA												
Dados do Contratado Solici	tante	7 (a) N											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA													
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 7									18 - Código CBO				
CESAR EDUARDO CA							06		22343		41	225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação													
10.246.214/0001-04		ORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ			ZADA LTDA			11		2024 00:00			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	ernação 2	24 - Regime	de Internação	25 - Qto	de. Diárias	Solicitadas	26 - Previ	são de uso de OF	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM A	NEVO DEVA			0005	J L								
29 - CID 10 Principal (opciona	29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (ocional) 31 - CID 10(3) (opcion		ional)	32 - CID 10(4) (opcional)		al) 33	B - Indicação de A	Acidente (a	cidente ou d 9	doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Ass													
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30734045 2- 22 30729220 3- 22 30734053 4- 98 08011981 5- 18 60024151 6- 7- 8- 10- 11- 12-	Procedimento	OSTI PE P RECO PCT	PLANO/P ONSTRU ARTROS	PROPLASTIA - E CAVO/COAL ICAO, RETENO SCOPIA DE TO XA DE APARE	LISAO 1 CIONAI DRNOZI	TARSAL MENTO (ELO - EN	- TRATAM DU REFOR IF - UNIOR	ENTO C CO DE TE	CIRURGICO LIGAMENTO	A (E 1 1 - PR 1 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1	
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admiss		40 - Qtde Di	1	1		Acomodaç	ão autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código C 6528104									44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/02/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 94237958 94237958 29/02/2024 08:40 94237958 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000035381232 8 - Nome MARCOS OLIVEIRA DA SILVA Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 93338635 INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 93338635 **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 70859655 1- 00 PARAFUSO CANULADO HEXAGON EM ACO INOXIDAVEL NBR ISO 5832 10209780045 CIRUSIL COM DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTDA 00499293 2- 00 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2.9X5.5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 76221474 ANCORA EM PEEK COM INSERSOR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO 3- 00 10247700123 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/02/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização