

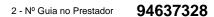
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94637328

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número d	da Guia Atribuído <sub>l</sub>	pela Operac	dora		9	4637328				
	Senha		6 - Data de Validad	de da Sent						
03/04/2024 17:02	94	637328		02/06/	2024					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		11	dade da Carteira		9 - Atendim	nento de RN				
0050000003642499		28/09	/2025			N				
50 - Nome Social										
10 - Nome TANIA MAGALI CAMPOS CA	RDOSO E SIL	.VA								
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora	11	lome do Co								
10.246.214/0001-04	UNIC	ORT E O	RTOPEDIA ESF	PECIALI	ZADA LTDA	١				
14 - Nome do Profissional Solicitante  RAFAEL MAURICIO BELETA	то			15 <b>06</b>		ho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - 28806 41			17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Solicitado	o / Dados da Inte	rnação							'	
19 - Código na Operadora / CNPJ	11		I / Local Solicitado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	UNIORT	E ORTO	PEDIA ESPEC	IALIZAD	A LTDA			20/04/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo	de Internação C	24 - Regime	de Internação	25 - Qtde.	Diárias Solicitad <b>1</b>	26 - Pr	revisão de uso de OP <b>S</b>	ME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica INSTABILIDADE LATERAL	<u> </u>									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30	- CID 10(2) (opcid	onal) 31	- CID 10(3) (opcior	nal) 32	? - CID 10(4) (o	pcional)	33 - Indicação de A	Acidente (ad	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistencia	ais Solicitados									
34 - Tabela   35 - Código do Procedi   1- 22   30734053   2- 98   08011981   3- 18   60024151   4-	REC PC1 ALU	T ARTRO	JCAO, RETENCI SCOPIA DE TOF IXA DE APAREL	RNOZEL LHO / EG	O - ENF - UI	NIORTE O PARA A	ARTROSCOPIA	- PR 1 PAR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1
39 - Data provável da Admissão hospita	alar 40 - Qtde I	Diárias Auto	orizadas 41 - T	Γipo de Aco	modação auto	rizada				
1 1 44 - Código CNES 44 - Código CNES										
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104										
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 03/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR  46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável Dela Autorização										



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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		- Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		94637328		94637328	03/04/2024 17:02		94637328		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira	•	29 - Nome Social							
0050000003642499									
8 - Nome									
TANIA MAGALI CAMPOS CARDOSO E SILVA									
	Dados do Profissional Solicitante								
·			10 - Telefone		11 - E-mail				
RAFAEL MAURICIO BELETATO									
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INSTABILIDADE LATERAL INSTABILIDADE LATERAL									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic o de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autoriz	ada 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 00499293			AO OB F 2,9X5,5MM 892350000	<u>                                       </u>	_ ,	_  1	,		
80356130052			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
- 00 72466103 ANCORA COM APLICADOR DESCARTAVEL -				_  3		_  3	,		
10417940137						1 4			
10247700123	- 00 76221229 ANCORA EM PEEK COM INSERSOR - GMREIS - 320-35 0247700123 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTO				_   -  -    -  -  	_  4	,		
4-		AKTIIKOM COMEK	SIO DE IIIII EARTESONTOI EDIOCOETDA	 	 	_	,		
·                 -					 	-ı ı—ı—ı—ı 	I—I—I—I"—I—I		
5-	,,,, _				 	 _	,		
						_ _			
6-   _					,	_	,		
						_ _			
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		04/2024 / Empresa / Titular:	ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura o	do Responsável pela Autorização				