



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94449955**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94449955</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>18/03/2024 15:00</b>	5 - Senha <b>94449955</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>17/05/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000062250577</b>	8 - Validade da Carteira <b>01/10/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>DILMA BARBOZA CARDOSO</b>
---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>23237</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>25/03/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica <b>HALLUX VALGUS UM PE TRATAMENTO CIRURGICO</b>
---

29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30729106</b>	<b>DEFORMIDADE DOS DEDOS - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
2- <b>22</b>	<b>30731208</b>	<b>TENOTOMIA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30729181</b>	<b>HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30729203</b>	<b>OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
5- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
7- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
8- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
9- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
10- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
11- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
12- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6528104</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/03/2024 / É oportuno informar que os procedimentos com códigos 30729106 DEFORMIDADE DOS DEDOS - TRATAMENTO CIRURGICO 2X 30729181 HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 1 X 30729203 OSTEOXTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS ME TATARSOS/FALANGES 3 X 30731208 TENOTOMIA 1 com técnica e materiais convencionais estão liberados. / Empresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LONDRINA
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 94449955

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94449955	4 - Senha 94449955	5 - Data da Autorização 18/03/2024 15:00	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94449955
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000062250577	29 - Nome Social
8 - Nome DILMA BARBOZA CARDOSO	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia			
12 - Justificativa técnica HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO HALLUX VALGUS UM PE TRATAMENTO CIRURGICO É oportuno informar que os procedimentos com códigos 30729106 DEFORMIDADE DOS DEDOS - TRATAMENTO CIRURGICO 2X 30729181 HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO 1 X 30729203 OSTEOXTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES 3 X 30731208 TENOTOMIA 1 com técnica e materiais convencionais estão liberados.			

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 - N° Autorização de Funcionamento					
1-		70437653		PARAFUSOS NAO ABSORVIVEIS, CANULADOS, PARA PEQUENOS E G		_	4	_ _ _ _ _ _ _ _ _	4	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
10314800053				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2- 00		75607522		PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F		_	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
81118460005				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
3-		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
4-		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
5-		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
6-		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 18/03/2024 / É oportuno informar que os procedimentos com códigos 30729106 DEFORMIDADE DOS DEDOS - TRATAMENTO CIRURGICO 2X 30729181 HALLUX VALGUS (UM PE) - T RATAMENTO CIRURGICO 1 X 30729203 OSTEOXTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES 3 X 30731208 TENOTOMIA 1 com técnica e materiais convencionais estão liberados. / E mpresa / Titular: ASSOC PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES APADE SUB SEDE LONDRINA
---

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---