

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94892033

(Via HOSPITAL)

| 23-06/2024 5-36-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70-70- | 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Núm | nero da Guia Atr | ibuído pela Opera | adora | | 948 | 92033 | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------|-------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|---------|---------------------|------------|---------------|---------------------|
| 2306/3024 15:14 9489203 2306/2024 7 NUMBER DE CENTRO 1 | | <u></u> | 5 - Senha | | ∏6 - Data de Valid | dade da Senha | 7 | 32033 | | | | |
| 7. Notine 3006000001570380 33.01/2025 33.01/2025 9. Notine Social 9. Abandamento da RN 9. Abandamento da RN 9. Notine Social 9. | 1 | | 3 - Serilla | 94892033 | Data de Valid | | 4 | | | | | |
| 0.500-000-1367/0380 0.3/01/2025 N | Dados do Beneficián | rio | | | | | | | | | | |
| 10 - Nume 10 - | i | | | † † | | | | | | | | |
| 10Narror VALNIR AUGUSTO JASCKSTET Deducts of Contribution Solicitaries 12Codigo na Commention Solicitaries 10.246_2140001-94 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15Codigo na Coperation Solicitaries 16Ninmer do Conselho 17UF 18Codigo CoC | 00500000136703 | 80 | | 03/0 | 1/2025 | | N | | | | | |
| Date of Contractation Solicitation To-Add Contractation Solici | 50 - Nome Social | | | | | | | | | | | |
| Table | i | TO 1480 | ·KGTET | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 | | | | | | | | | | | | |
| ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ 06 17995 41 225270 | | | | 1 | | SPECIALIZA | DA LTDA | | | | | |
| Dados de Mespital / Local Solicitado/ Dados da Internação 19 - Código na Operadora (PRP) 19 - Código na Operadora (PRP) 20 - Nome de Hospital / Local Solicitado 20 - Caráter do Atendimento 21 - Data superida para Internação 22 - Caráter do Atendimento 23 - Toto de Internação 23 - Toto de Internação 24 - Toto de Internação 25 - Caráter do Atendimento 26 - Toto de Internação 27 - Toto de Internação 28 - Indicação do Atendimento 29 - CID 10/21 (opcionate) 29 - CID 10/22 (opcionate) 20 - Cida Didição (opcionate) 20 - Cida Didição (opcionate) 20 - Cida Didição (opcionate) 20 - Toto de Internação 20 - Cida Didição (opcionate) 21 - Toto Didição (opcionate) 22 - Caráter do Atendimento 23 - Toto (opcionate) 24 - Toto Didição (opcionate) 25 - Codação do Procedimento 26 - Codação do Procedimento 27 - Cida Solic. 38 - Cida Atendimento 28 - Cida Didição (opcionate) 29 - Codação (opcionate) 20 - Codação (opcionate) 20 - Cida Didição (opcionate) 21 - Cida Didição (opcionate) 21 - Cida Didição (opcionate) 22 - Cida Didição (opcionate) 23 - Cida Didição (opcionate) 24 - Codego na Operadora (r CNP) audicidado 24 - Codego na Operadora (r CNP) audicidado 25 - Code Atendimento 26 - Code Opcionate (r CNP) audicidado 27 - Code Opcionate (r CNP) audicidado 28 - Code Opcionate (r CNP) audicidado 29 - Datas proviveid da Admissão hospitalizos (do Code Didição Audicidados 20 - Code Opcionate (r CNP) audicidado 20 - Code Opcionate (r CNP) audicidado 20 - Code Opcionate (r CNP) aud | | | | | | 11 | nselho Profiss | ional | † ! | | 11 11 ~ 1 | |
| 39 - Cologo na Operations / CRPJ 23 - Trabia sugeristic parts intermedab 30/04/2024 00:00 30/04/2024 30 | | | | | | 06 | 06 | | 17905 | | 41 | 225270 |
| 10.246.214/0001-04 | | | | , | | | | | | | | |
| 28 - Indicação Clínica REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO | | | 11 | | | | _TDA | | | | | - |
| 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) 9 9 9 9 9 9 9 9 9 | 1 | nento 23 | • | ção 24 - Regim | , | 1 | | 26 - Pr | | ME 27 - | Previsão de | • |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Otde. Solic. 38 - Otde. Aut. 1 - 1 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | | | | | | | | | | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30733085 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | 29 - CID 10 Principal (| (opcional) | 30 - CID 10(2 |) (opcional) | 31 - CID 10(3) (opc | cional) 32 - 0 | ID 10(4) (opcio | onal) | 33 - Indicação de A | cidente (a | | doença relacionada) |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | Procedimentos ou It | ens Assiste | I L enciais Solicita | dos L | | | | | | | - | |
| 2- 22 30733103 INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET 1 1 3 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 1 4 4 98 80811081 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF 1 1 1 5 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | | | | | | | | 37 | ' - Qtde. Sol | ic. 38 - Qtde. Aut. |
| 3- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 1 4 98 08011081 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF 1 1 1 5 1 8 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | 1- 22 3073 | 3065 | | REPARO O | U SUTURA DE | UM MENISC | - PROCED | IMENT | O VIDEOARTRO | SC 1 | | 1 |
| 4- 98 | 2- 22 3073 | 3103 | | | | - | | | • | | | 1 |
| 5- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 1 6- 18 6000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 8- | | | | | | | • | SECCA | O E/OU PLASTI | | | 1 |
| 6- 18 6000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 8- | | | | | | | | ADI ET | | | | 1 |
| 7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 1 | | | | | | | | | | = | | 1 |
| 8- | | | | | | | | | | | | 1 |
| 10- | l | | | | | | | | | | _ | |
| Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 2 | 9- _ | _ | _ | | | | | | | i_ | _ | |
| Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 2 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: IGREJA NOVA ALIANCA DE LONDRINA | 10- _ | _ | _ | | | | | | | _ | _ _ | |
| Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 2 | 11- | _ _ | _ _ | | | | | | | l_ | _ _ | |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar 2 141 - Tipo de Acomodação autorizada 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 44 - Código CNES 6528104 6528104 | 12- | _ _ _ | _ | | | | | | | L | _ | |
| 2 1 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 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: IGREJA NOVA ALIANCA DE LONDRINA | Dados da autorizaçã | ăo | | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: IGREJA NOVA ALIANCA DE LONDRINA | 39 - Data provável da | Admissão h | nospitalar 40 | | 11 | - Tipo de Acomo | dação autoriza | da | | | | |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: IGREJA NOVA ALIANCA DE LONDRINA | 42 - Código na Opera | dora / CNP | J autorizado | 43 - Nome do H | lospital / Local Auto | orizado | | | | | | 44 - Código CNES |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: IGREJA NOVA ALIANCA DE 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

| · II | 3 - Número da Guia Referenciada | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | |
|--|---|---|--|------------------------------|--|----------|
| 343269 | 94892033 | | 94892033 | 24/04/2024 15:14 | 948 | 92033 |
| Dados do Beneficiário | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | 29 - Nome Social | | | | | |
| 0050000013670380 | | | | | | |
| 8 - Nome | , | | | | | |
| VALMIR AUGUSTO JAS | CKSTET | | | | | |
| Dados do Profissional Solici | ante | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicit | | 10 - Telefone | 11 | - E-mail | | |
| ALEXANDRE DE OLIVE | IRA QUEIROZ | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica REPARO OU SUTURA DE REPARO OU SUTURA DE | | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do M | | data a fat da ana | | | citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Aut | orizado |
| 21 - Registro ANVISA do Mate1- 00 00499293 | | rial no tabricante AO OB F 2,9X5,5MM 892350000 | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | 1 | |
| 80356130052 | | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | <u> </u> | | _ 1 | _ |
| 2- 00 00116700 | | IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 | _ 1 | | | |
| 80743230025 | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | _ | _ | | |
| 3- _ | | | . _ _ _ | _ | _ | <u></u> |
| | | | | _ | _ _ | |
| 4- _ | | | . _ _ _ | _ | _ | <u>l</u> |
| | | | . - | _ _ _ _ | _ _ | |
| 5- _ _ | | | . _ | _ | | |
| 6- | - - | | | _ | !! _ | |
| | | | · | _ | | _' |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | == |
| | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | 270 0000 / Fitids are 04/04/0004 / F | IODE IA NOVA ALIANOA DE LONDONIA | | | | |
| reletone Contratado: (43)33 | 872-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: | IGREJA NOVA ALIANCA DE LONDRINA | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | | |