

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93338635

(Via HOSPITAL)

1- Claus St. Autunication	1 - Registro ANS	3 - Núm	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora							
2011/2023 15.03 93338635 28011/2024				,			9333	8635				
The contract of the contract	1		5 - Senha		11							
17. Noting 17.				93338635		28/01/2024						
10 - Name					alidade da Carteira	10	- Atendimento	de RN				
10 - No.	•			11				de KN				
MarkCos Coloration Socialization Socia												
MarkCos Coloration Socialization Socia												
Table	10 - Nome											
13 - Cell 24, 244 (2001 - 0.4 12 - Nerror dis Contratation 12 - Cell 24 (2001 - 0.4 12 - 12 - 12 - 12 - 12 - 12 - 12 - 12	MARCOS OLIVEI	RA DA S	ILVA									
10.246.214/0001-04			e	[40 Nove 1: 0	No closed and the							
19 Cologo Professional Solicitaries 19 Corraelho Professional 16 Numero de Conseilho 17 UF 18 Cologo CBS				11		SPECIALIZAD	A I TDA					
CESAR EDUARDO CASTRO FERRERA MARTINS 06 22433 41 225270		-	nte	Omon 2				onal T	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
30 - Coligo na Operadora (CNP) 21 - Data supported para Internação 10.246.214/0001-04 22 - Tipo de Internação 22 - Tipo de Internação 23 - Tipo de Internação 23 - Tipo de Internação 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 3 - Tipo de Internação 25 - Osto, Distina Societadas 20 - Previsão de uso de OPMB 27 - Previsão de uso de Guimoterápico 3 - Indicação General 27 - Previsão de uso de Guimoterápico 3 - Indicação General 28 - Osto, Distina Societadas 3 - Indicação General 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doerça relacionado) 9 - Provisão de Uso de Guimoterápico 3 - Tipo 3 - Indicação General 3 - Indicação Gene	•			RA MARTINS		- 11		- 11			ii i	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 10/12/2023 00:00 22 - Ordo. Dárias Solicitados 23 - Provisão de uso de OPME 27 - Provisão de uso de Oximiotrápico 3 - Ordo. Dárias Solicitados 23 - Provisão de uso de OPME 27 - Provisão de uso de Oximiotrápico 3 - Ordo. Dárias Solicitados 3 - Ordo. Dárias Dá	Dados do Hospital / I	_ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
23 - CID 10 Principal (opconal) 30 - CID 10 24 - Regime de Internação 25 - Oddo Diárias Solicitados 3	1		- 11]	21 - Data	sugerida p	ara Internação
1	10.246.214/0001-0)4	UN	NORT E ORT	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	ΓDA			10/12/2	2023 00:0	0
28 - CID 10 Principal (opdonal) 30 - CID 10(2) (opdonal) 31 - CID 10(3) (opdonal) 32 - CID 10(4) (opdonal) 33 - Indicação de Addente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou tiens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento OSTECONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	t	ento 23	•	ıção 24 - Regin	•	11	s Solicitadas	26 - Pre		ИЕ 27 - F	Previsão de	·
29 - CID 10 Principal (opcional)			<u> </u>		1	3			<u> </u>			N
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Otde. Solic. 38 - Otde. Aut. 1 22 30734045 30734045 30734045 30734045 30734045 30734045 30734053 3073												
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30734045 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZAÇÃO, RESSECÇÃO E OU PLASTIA (E 1 1 1 2 2 2 3 30734053 RECONSTRUÇÃO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	29 - CID 10 Principal (d	opcional)	30 - CID 10(2	2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	10(4) (opcior	nal) [3	33 - Indicação de A	,		loença relacionada)
1 - 22 30734045 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E 1 1 1 2 2 2 2 3072920 PE PLANO/PE CAVO/COALISAO TARSAL - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1 1 3 2 2 30734053 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				ndos								
2- 22 30729220			ocedimento	•		ESTADII 17A	NO DESS	ECCAC) E OU DI ASTI		- Qtde. Soli	
3- 22 30734053 RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR 1 1 1 4- 98 08011981 PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE 1 1 1 5- 18 6000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 1 6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 7-							•			•		1
S - 18				RECONSTR	RUCAO, RETEN	CIONAMENTO	OU REFOR	RCO DE	E LIGAMENTO -	PR 1		1
6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												1
7-						_			_	_		1
8-				ALUGUELI	AAA DE AFAN	ELHO / EQUIF	AWENTOF	ANA AI	KTROSCOPIA P	AN 1	1 1 1	
10-												
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 3	9-	_ _	_ _							_	_	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 3		-									_	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 3	1 1 1 1 1 1	- 	-lll 							 	-lll 	
39 - Data provável da Admissão hospitalar 3 41 - Tipo de Acomodação autorizada 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR	_ , , , , ,	n										
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 29/11/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR			ospitalar 40	- Qtde Diárias Au	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	ção autorizad	а				
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR				3	1							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR			J autorizado	' 1			A LTDA					=
THE FASILIATION OF THE PROPERTY OF THE PROPERT		o: (43)3372								natura do	Responsáv	el pela Autorização





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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha	4 - Senha			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93338635		93338635	29/11/2023 15:03		93338635	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000035381232								
8 - Nome								
MARCOS OLIVEIRA DA	A SILVA							
Dados do Profissional Solic	itante							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	1 - E-mail			
CESAR EDUARDO CA	STRO FERREIRA MAF	RTINS						
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica	NEVO							
INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A								
							1	
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do I	Astorial 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - Otdo	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Otdo Autorizada 1	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater	rial no fabricante	23 - Nº Autorização		ilado 19 - Qide. Adionzada 2	20 - Valor Officano Autorizado	
1- 00 100066879	CA	NULA DE DEBRIDAÇÃO A	ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4,5/3,9-	<u> _ </u> 1	_ _ ,	_ 1	_,	
81288540024		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
2- 76221474	AN		ERSOR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO	2	_ _ _ ,	_ 2	_,	
10247700123			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 70859655	PAI		(AGON EM ACO INOXIDAVEL NBR ISO 5832	2		_ 2	_ _ ,	
10209780045		CIRUSIL COM DE IN	IPLANTES ORTOPEDICOS LTDA					
4- _ _ _ _ _	_ _ _ _				_	_	_ _ ,	
	_ _ _		-					
5- <u> </u>	_ _ _					_	,	
	 	IIIII				 	,	
						-ı ı—ı—ı—ı _ _	IIII'III	
24 - Especificação do Material								
,								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 29/	/11/2023 / Empresa / Titular:	ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			