

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93035991

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora		0201	35991				
		E Conho		I 6 Data da Valia	dada da Canha	7	00991				
4 - Data da Autorização 5 - S 31/10/2023 18:52		5 - Senha	Senha   6 - Data de Valida   93035991			30/12/2023					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira		- Atendiment	o de RN				
0050000005547795	5		28/0	9/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome AUDILEI DE SOUZA LADEIRA											
Dados do Contratado Solicitante											
	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado  10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profission			IRO		15 - Co	15 - Conselho Profissional 16 - Número do <b>28617</b>			nselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo	ocal Solic	itado / Dados	da Internação							1	
19 - Código na Operado			•	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04	4	UN	IIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA I	TDA			13/11/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer	nto 23 -	Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	24 - Regime de Internação		5 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - F		Previsão de uso de OPME 37 -		- Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>	
28 - Indicação Clínica LESAO DO MENISCO											
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2	) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 - C	D 10(4) (opcic	onal)	33 - Indicação de Ad	cidente (a		loença relacionada)
Procedimentos ou Iten	is Assista	enciais Solicita	dos							9	
		ocedimento							37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307330	-		•		UM MENISCO	- PROCED	IMENT	O VIDEOARTRO	SC 1		1
2- 22 307330	)49		OSTEOCON	IDROPLASTIA	- ESTABILIZA	CAO, RES	SECCA	O E/OU PLASTIA	4 # 1		1
3- 98 080110				OSCOPIA DE JO					1		1
4- 18 600008								IEIRO PRIVATIV			1
5- <b>18 60024</b> 1	101 		ALUGUELI	AXA DE APARI	ELHO / EQUIP	AWENTOP	AKA A	RTROSCOPIA P	AR 1		1 1 1 1
0	 	-   							_  -	_!! 	 
8-										 	
9-	ii									_	_ _
10-  _	_								_	_	_ _ _
11-	_ _ _								_	_	_
12-		.							_	_	_
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	dmissão ho	ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut <b>2</b>	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomo	ação autoriza	da				
42 - Código na Operado		autorizado	1	lospital / Local Auto							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 31/10/2023 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura d	Beneficiário o	ou Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referen	ciada 93035991	4 - Senha		93035991	5 - Data da Autorização 31/10/2023 18:52	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93035991			
Dados do Beneficiário		33033331			33033331	31/10/2023 10.32		93033931		
7 - Número da Carteira 0050000005547795		29 - Nome Social								
8 - Nome AUDILEI DE SOUZA LA	DEIRA									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		1	1 - E-mail				
JOAO PAULO FERNAN	DES GUERREIRO									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica LESAO DO MENISCO + CA LESAO DO MENISCO CAR										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizad	a 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 00162477 80356130052		NULA MICRODEBRIDACA	O AMC F 2,9X5,5MM 89171000	00  _	_  1 _  1		_  1	,		
2- 00 00116700 80743230025	CAI	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST CIO DE IMPLANTESORTOPEDI	T 90 200  _	 _  1 _		_  1	_ _ _ ,		
3-							_	_ ,		
4-				 			 _	_ _ , _		
5-				 			 _	_ ,		
6-					_	_	 _	,		
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 31/	10/2023 / Empresa / Titular:	ASSOCIACAO DOS FUNCIONARI	IOS DO IAPAR						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização				