

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94565016

(Via HOSPITAL)

## 1-Date of Survivation Control Survivati	1 - Registro ANS 343269	3 - Núm	ero da Guia Atr	ibuído pela Opera	adora		9456	5016				
2005/2024 15:28												
1 - Name	1	- 11		l t								
10 - Name Social 10 - Name S	Dados do Beneficiário						_					
10 - Norma	7 - Número da Carteira			† †		9		de RN				
TO Nome IVANICE JARDIM DE OLIVEIRA Dados do Contretados Solicitante 12- Codago na Contretados Solicitante 12- Codago na Capados 1 INJUNTE E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 18- Nome do Contretados UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 18- Nome do Conseino 17- UP 1 2- Codago CD Dados do Hospidar Local Solicitados 10- Nome do Hospidar Local Americandos 10- Nome do		0		31/03	3/2025		N					
Dates: do Contratados Selicitandos Selicitan	50 - Nome Social											
13 - Coligo mu Operadorna 13 - Nome do Professionals Scientarios 14 - Nome do Professionals Scientarios 15 - Consentino Professionals Scientarios 17 - UP 15 - Codego CSD 17 - UP 25 - Codego CSD 17 - UP 15 - Codego CSD 18 - Codego CSD 18 - Codego CSD 19 - Codego CSD 19 - Codego CSD 19 - Codego CSD 19 - Codego CSD 10 - C	10 - Nome IVANICE JARDIM	DE OLI\	/EIRA									
10.246.214/0001-04	Dados do Contratado	Solicitant	е									
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ Dados do Haspital / Local Solicitado / Dados da Informação 10.246.214/0001-04 DINORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LITDA UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LITDA DA - Cida de Asiandmento Control de Cont												
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNP2 20 - Cordan do Alexadimento 21 - Carlater do Alexadimento C 1 28 - Regime de Internação C 1 3 28 - CID 10/2 (opcional) 22 - Cutation do Alexadimento C 1 3 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Indicação Citica 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Prev	i			•		- 11	selho Profissio	onal		nselho	11 1	1 -
19 - Coldop na Operadora (CRP 21 - Deta superindra para Internação 21 - Deta superindra para Internação 20 - Adot (40001-04 21 - Deta superindra para Internação 21 - Deta superindra para Internação 22 - Condidor do Adot (40024 00:00 24 - Regime do Internação 23 - Otdo, Dárias Solicitadas 26 - Provisão de uso do OPME 27 - Provisão de uso do OPME 27 - Provisão de uso do OPME 27 - Provisão de uso do OPME 28 - Deta Provisão de uso do OPME 28 - Provisão de uso do OPME 28 - Provisão de uso do OPME 28 - Otdo, Dárias Solicitados 28 - Provisão de uso do OPME 28 - Otdo, Dárias Solicitados 28 - Provisão de uso do OPME 28 - Otdo, Dárias Solicitados 28 - Provisão de uso do OPME 28 - Otdo, Dárias Solicitados 28 - Otdo, Dárias Solicitados 29 - Otdo, Dárias Solicitados 30 - Otdo, Dár						06			17905		41	225270
10.246.214/0001-04					al / Local Solicitad	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
28 - Indicação Clínica ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO 30 - CID 10(2) (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	, ,		11				⁻ DA					=
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 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Crido Solici 122 307-26034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1	nto 23	•	ção 24 - Regim		11	Solicitadas	26 - Pr		ИЕ 27 - I	Previsão de	•
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 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1						11						
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição 36 - Descrição 36 - Descrição 37 - Qtde, Solic. 38 - Qtde, Aut. 1 - 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 1 1 1 1 1 1 1	29 - CID 10 Principal (o	ocional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcion	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a		loença relacionada)
36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Otde. Aut. 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR. 1 1 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 3 1 1 1 3 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3 3 3 4 -	Procedimentos ou Ita	ne Assista	pociais Solicita	dos							9	
1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 1 3 1 1 3 1 1 1 1 3 1 1 1 1 1 1 1										37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
3 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 3 3 4					STIA TOTAL D	E JOELHO CO	M IMPLANT	TES - T	RATAMENTO C	IR 1		1
4												
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 3 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 44 - Código CNES 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA	4-			DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANH	EIRO PRIVATIV	0 3 _ _ _ _ _ _		3
3 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04			ospitalar 40	- Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomoda	cão autorizad	a				
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA	55 Data provaverua A				11	po do Additidad	yao aalonzdu					
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA	1		Jautorizado	1			A LTDA					=
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		(43)3372										ol pola Autoricasa





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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referer	nciada 94565016	4 - Senha	94565016	5 - Data da Autorização 27/03/2024 15:28	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94565	5016	
Dados do Beneficiário		0.000010			21700/2021 10120			
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
005000005140920							•	
8 - Nome							=	
IVANICE JARDIM DE O	_IVEIRA							
Dados do Profissional Solicit								
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1	1 - E-mail			
ALEXANDRE DE OLIVE	IRA QUEIROZ							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica ARTROPLASTIA TOTAL DE ARTROPLASTIA TOTAL DE								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autori	zado	
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		.	
1- 00 74904590 80044680272	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u> 1	_ ,	_ 1	-	
			TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_		_ 2	.	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>-</u>	<u> </u>		1	
3- 74896717	со		ALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	1		_ 1	ı	
80044680257		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 			.	
4- 73991953	СО	MPONENTE FEMORAL O	PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_ 1	.l ∣	
80044680277		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _				
5-					_ _ _ , _	_	-	
	_			_ _ _	_ _ _ _ _	_ _		
6-	-				_		.	
						_ _		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 27	/03/2024 / Empresa / Titular	ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS D	F IBIPORA				
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do P	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			