



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89741045

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89741045</b>			
4 - Data da Autorização <b>05/01/2023 09:51</b>		5 - Senha <b>89741045</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>06/03/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000000256318</b>		8 - Validade da Carteira <b>31/05/2024</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>MOISES NAIME</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>702400019646523</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>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>17905</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>20/01/2023 00:00</b>
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)	
				32-CID10(4) (opcional)	
				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- <b>22</b> 2- <b>18</b> 3- <b>18</b> 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento <b>30726034</b> <b>60000384</b> <b>60000554</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição <b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b> <b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b> <b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		37 - Qtde. Solic. <b>1</b> <b>3</b> <b>3</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38 - Qtde. Aut. <b>1</b> <b>3</b> <b>3</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>3</b>		41 - Tipo de acomodação autorizada <b>12</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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 / Empresa / Titular: CELIA INES MARCHIORI NAIME					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		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

89741045

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89741045</b>	4 - Senha <b>89741045</b>	5 - Data da Autorização <b>05/01/2023 09:51</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89741045</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000000256318</b>	8 - Nome <b>MOISES NAIME</b>
---	---------------------------------

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO  
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO

## OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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 - Nº Autorização de Funcionamento	
1- <b>00</b>	<b>75999080</b>	<b>INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>		<b>1</b>	
<b>80044680258</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>				
2- <b>00</b>	<b>72397950</b>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>		<b>2</b>	
<b>10243070064</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>				
3- <b>74907263</b>		<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 COM</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>		<b>1</b>	
<b>80044680276</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>				
4- <b>76362205</b>		<b>COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>		<b>1</b>	
<b>80175510047</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 24 - Especificação do material

## 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 / Empresa / Titular: CELIA INES MARCHIORI NAIME

## 26 - Data da Solicitação

## 27 - Assinatura do Profissional Solicitante

## 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização