



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89754504**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89754504</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>06/01/2023 12:06</b>	5 - Senha <b>89754504</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>07/03/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000005232212</b>	8 - Validade da Carteira <b>12/06/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
10 - Nome <b>TEREZINHA BASSO ANESI</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde <b>708005824420726</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>CARLOS EDUARDO MOTOOKA</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>21679</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>07/01/2023 00:00</b>			
22 - Caráter de Atendimento <b>2</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>2</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	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30720095</b>	<b>FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
4- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
5- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
6- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
7- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
8- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
9- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
10- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
11- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
12- [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>2</b>	41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</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 06/01/2023 / Empresa / Titular: IRINEU ANESI

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

89754504

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89754504</b>	4 - Senha <b>89754504</b>	5 - Data da Autorização <b>06/01/2023 12:06</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89754504</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000005232212</b>	8 - Nome <b>TEREZINHA BASSO ANESI</b>
---	--

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>CARLOS EDUARDO MOTOOKA</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- 00	72243562	SISTEMA DE PLACAS E PARAFUSOS BLOQUEADOS VERSALOCK DE A		2		2	
10247700102		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	72245123	SISTEMA DE MINI FRAGMENTOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGUL		12		12	
10247700093		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	72375906	FAMILIA DE MICRO E MINI PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14-		5		5	
10247700109		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material
--------------------------------

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 06/01/2023 / Empresa / Titular: IRINEU ANESI
---

26 - Data da Solicitação  _ _ / _ _ / _ _ _ _	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---