



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89993839

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89993839			
4 - Data da Autorização 30/01/2023 09:53		5 - Senha 89993839		6 - Data de Validade da Senha 31/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000031110145		8 - Validade da Carteira 08/09/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome JOSE ADILSON DA SILVA				11 - Cartão Nacional de Saúde 700509737842855	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 17905
			17 - UF 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 02/02/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
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) 9
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- 22 2- 18 3- <input type="text"/> 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 30726034 60000805 <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"/>	36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO <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"/> <input type="text"/>		37 - Qtde. Solic. 1 1 <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"/>	38 - Qtde. Aut. 1 1 <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"/>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 30/01/2023 / Empresa / Titular: JOSE ADILSON DA SILVA					
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 - N°

89993839

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89993839	4 - Senha 89993839	5 - Data da Autorização 30/01/2023 09:53	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 89993839
-----------------------------------	-------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000031110145	8 - Nome JOSE ADILSON DA SILVA
---------------------------------------------------	------------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	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-	76394115	SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 154721 COMPO	_	1	_ _ _ _ , _	1	_ _ _ _ , _
80044680227		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2-	76394476	SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 159540 INSERT	_	1	_ _ _ _ , _	1	_ _ _ _ , _
80044680227		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
3- 00	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G2	_	1	_ _ _ _ , _	1	_ _ _ _ , _
10243070062		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
4- 00	76394123	SISTEMA DE JOELHO UNI KNEE OXFORD CIMENTADO - 166942 COMPO	_	1	_ _ _ _ , _	1	_ _ _ _ , _
80044680227		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
5-	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ , _	_ _ _ _	_ _ _ _ , _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
6-	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ , _	_ _ _ _	_ _ _ _ , _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 30/01/2023 / Empresa / Titular: JOSE ADILSON DA SILVA

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