



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89949395

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89949395
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 25/01/2023 12:17	5 - Senha 89949395	6 - Data de Validade da Senha 26/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000014695637	8 - Validade da Carteira 13/10/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

10 - Nome RENATA SIMOES VIOTTO	11 - Cartão Nacional de Saúde 708006840211924
--	---

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 26/01/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter de Atendimento 2	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	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733030	CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENT	1	1
3- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR	1	1
4- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <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 25/01/2023 / Empresa / Titular: PADO S/A INDUSTRIAL COMERCIAL E IMPORTADORA

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°

89949395

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89949395	4 - Senha 89949395	5 - Data da Autorização 25/01/2023 12:17	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 89949395
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000014695637	8 - Nome RENATA SIMOES VIOTTO
---	---

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 21 - Registro ANVISA do material	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
22 - Referência do material no fabricante			23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		2		2	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE		1		1	
80044680085		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	70627657	PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLAC		1		1	
10208610040		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: PADO S/A INDUSTRIAL COMERCIAL E IMPORTADORA

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