



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89954990

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89954990
------------------	--

4 - Data da Autorização 25/01/2023 16:39	5 - Senha 89954990	6 - Data de Validade da Senha 26/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 0050000001670789	8 - Validade da Carteira 02/07/2024	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome ELAINE GAGLIARDI REIS		11 - Cartão Nacional de Saúde 704805594104941

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 CARLOS EDUARDO MOTOOKA		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 21679	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 28/01/2023 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 SEGUE PEDIDO MEDICO 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	30720095	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT	1	1	
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1	
3- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	1	1	
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de acomodação autorizada 12	
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: 06827478904 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: MARIO MARTINS REIS			
--	--	--	--

46 - Data da Solicitação / /	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---

[illegible]

[illegible]

[illegible]



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº

89954990

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada 89954990	4 - Senha 89954990	5 - Data da Autorização 25/01/2023 16:39	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89954990
------------------	--	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000001670789	8 - Nome ELAINE GAGLIARDI REIS
--	-----------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CARLOS EDUARDO MOTOOKA	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica SEGUE PEDIDO MEDICO EM ANEXO. SEGUE PEDIDO MEDICO 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		1		1	
10247700102		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	72245123	SISTEMA DE MINI FRAGMENTOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGUL		8		8	
10247700093		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	72375906	FAMILIA DE MICRO E MINI PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14-		2		2	
10247700109		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 06827478904 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: MARIO MARTINS REIS

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