



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94118245**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94118245
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 19/02/2024 17:40	5 - Senha 94118245	6 - Data de Validade da Senha 19/04/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001783915	8 - Validade da Carteira 20/10/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome ERMELINDA VIVAN FERRARI

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 25/02/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
--

29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(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	30710049	RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO DE PEQUENAS ARTICULACO	1	1
2- 22	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	3	3
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <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"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 3	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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/02/2024 / Empresa / Titular: NELSON FERRARI

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 Guia no Prestador 94118245

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94118245	4 - Senha 94118245	5 - Data da Autorização 19/02/2024 17:40	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94118245
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000001783915	29 - Nome Social
8 - Nome ERMELINDA VIVAN FERRARI	

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 Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1-	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_ 3	_ 3	_
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		
2-	73991740	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5994-014-91	_ 1	_ 1	_
80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		
3-	74896873	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-010-11 C	_ 2	_ 2	_
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		
4-	74946994	PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-12 C	_ 1	_ 1	_
80044680317		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		
5-	74897888	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-020-11 C	_ 2	_ 2	_
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		
6-	74895893	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-057-01 C	_ 1	_ 1	_
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/02/2024 / Empresa / Titular: NELSON FERRARI		
---	--	--

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 94118245

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94118245	4 - Senha 94118245	5 - Data da Autorização 19/02/2024 17:40	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94118245
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000001783915	29 - Nome Social
8 - Nome ERMELINDA VIVAN FERRARI	

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 Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
7-	74896385	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-003-26 C	_	2	_
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
8-	77120396	COMPONENTE FEMORAL PRECOAT COM RESTRICAO - 00-5990-034-01	_	3	_
80044680274		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
9-	74950967	PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5994-30-20 C	_	1	_
80044680317		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
10-00	00660108	SISTEMA LAVAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-ST01Z-CT02Z	_	1	_
81207919001		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_
11-	_		_		_
_	_		_		_
12-	_		_		_
_	_		_		_

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/02/2024 / Empresa / Titular: NELSON FERRARI		
---	--	--

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