



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94260478**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94260478</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>01/03/2024 14:41</b>	5 - Senha <b>94260478</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>30/04/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000015137999</b>	8 - Validade da Carteira <b>25/06/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>APARECIDA DE FATIMA DA SILVA</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>GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>30165</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>11/03/2024 00:00</b>
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica <b>GONARTROSE E</b>
---

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) <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>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
4- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
5- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
6- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
7- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
8- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
9- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
10- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
11- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
12- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/03/2024 / Empresa / Titular: APARECIDA DE FATIMA DA SILVA
---

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 94260478

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94260478	4 - Senha 94260478	5 - Data da Autorização 01/03/2024 14:41	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94260478
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000015137999	29 - Nome Social APARECIDA DE FATIMA DA SILVA

Dados do Profissional Solicitante	
9 - Nome do profissional solicitante GUILHERME JOSE MIYASAKI PIOVESANA	10 - Telefone 11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica GONARTROSE GONARTROSE E	

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- 00	73990930	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	1	,	1
80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		,	
2- 00	74906119	COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-047-01 CO	1	,	1
80044680276		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		,	
3- 00	74902318	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	1	,	1
80044680272		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		,	
4- 00	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G	1	,	1
10243070062		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		,	
5-				,	,
6-				,	,

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/03/2024 / Empresa / Titular: APARECIDA DE FATIMA DA SILVA
---

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