



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90327410

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90327410</b>				
4 - Data da Autorização <b>01/03/2023 10:48</b>		5 - Senha <b>90327410</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>30/04/2023</b>		
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira <b>0050000043410203</b>		8 - Validade da Carteira <b>08/06/2023</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>		
10 - Nome <b>VITORIO JOSE GALINDO DE OLIVEIRA</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>700500984705554</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>MARCUS VINICIUS DANIELI</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>18734</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>03/03/2023 00:00</b>	
22 - Caráter de Atendimento <b>2</b>		23 - Tipo de Internação <b>2</b>		24 - Regime de internação <b>1</b>		
		25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>2</b>		26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>		
				27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>		
28 - Indicação Clínica LESAO DO LCA MENISCO JOELHO ESQUERDO SEGUE COM INSTABILIDADE EM JOELHO						
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)		
				32-CID10(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>30733065</b>	<b>REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30733073</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30731216</b>	<b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>98</b>	<b>08011046</b>	<b>PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
7- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
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 <b>2</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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 01/03/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA						
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°

**90327410**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90327410</b>	4 - Senha <b>90327410</b>	5 - Data da Autorização <b>01/03/2023 10:48</b>	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora <b>90327410</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>00500000043410203</b>	8 - Nome <b>VITORIO JOSE GALINDO DE OLIVEIRA</b>
--	---

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>MARCUS VINICIUS DANIELI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
LESAO DO LCA + MENISCO JOELHO ESQUERDO- SEGUE COM INSTABILIDADE EM JOELHO
LESAO DO LCA MENISCO JOELHO ESQUERDO SEGUE COM INSTABILIDADE EM JOELHO

## 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	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	1		
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT			
2- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	1		
80044680085		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT			
3- 00	72320907	DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC - 90	1		
80044680067		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT			
4-					
5-					
6-					

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 01/03/2023 / Empresa / Titular: ORDEM DOS ADVOGADOS BRASIL SUBSECAO DE LONDRINA

[illegible]