



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89863551**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89863551</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>17/01/2023 17:36</b>	5 - Senha <b>89863551</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>18/03/2023</b>
--	------------------------------	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000001653221</b>	8 - Validade da Carteira <b>18/06/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

10 - Nome <b>ESTELA APARECIDA GOBBI TOLEDO</b>	11 - Cartão Nacional de Saúde <b>700608972455465</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>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>17905</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>30/01/2023 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica <b>DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQ SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO</b>
---

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>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

## Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar       /       /	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>3</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 17/01/2023 / Empresa / Titular: ESTELA APARECIDA GOBBI TOLEDO
---

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

89863551

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89863551</b>	4 - Senha <b>89863551</b>	5 - Data da Autorização <b>17/01/2023 17:36</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89863551</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000001653221</b>	8 - Nome <b>ESTELA APARECIDA GOBBI TOLEDO</b>
---	--

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQ SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQ SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO
--

## 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	74907735	COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 COM		1		1	
80044680276		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	76362205	COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO		1		1	
80175510047		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	75999080	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952		1		1	
80044680258		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO		2		2	
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5-							
6-							

24 - Especificação do material
--------------------------------

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 17/01/2023 / Empresa / Titular: ESTELA APARECIDA GOBBI TOLEDO
--

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