



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95842107**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95842107</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>17/07/2024 18:13</b>	5 - Senha <b>95842107</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>15/09/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001570083</b>	8 - Validade da Carteira <b>31/03/2026</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

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

10 - Nome <b>LUCIA BATISTA GALINDO</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>29/07/2024 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>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica <b>ARTROSE DE JOELHO DIREITO</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>2</b>	<b>2</b>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/07/2024 / Empresa / Titular: LUCIA BATISTA GALINDO
--

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

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Referenciada 95842107		4 - Senha 95842107		5 - Data da Autorização 17/07/2024 18:13		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95842107																																																																																																									
<b>Dados do Beneficiário</b>																																																																																																																	
7 - Número da Carteira 0050000001570083				29 - Nome Social																																																																																																													
8 - Nome LUCIA BATISTA GALINDO																																																																																																																	
<b>Dados do Profissional Solicitante</b>																																																																																																																	
9 - Nome do profissional solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI				10 - Telefone			11 - E-mail																																																																																																										
<b>Dados da cirurgia</b>																																																																																																																	
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO DIREITO ARTROSE DE JOELHO DIREITO																																																																																																																	
<b>OPME Solicitadas</b>																																																																																																																	
13 - Tabela    14 - Código do Material    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																																																																																																																	
<table border="1"><thead><tr><th>13 - Tabela</th><th>14 - Código do Material</th><th>15 - Descrição</th><th>16 - Opção</th><th>17 - Qtde. Solicitada</th><th>18 - Valor Unitário Solicitado</th><th>19 - Qtde. Autorizada</th><th>20 - Valor Unitário Autorizado</th></tr></thead><tbody><tr><td>1- 00</td><td>72397950</td><td>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C</td><td> _ </td><td>2</td><td> _ _ _ _ , _ _ </td><td>2</td><td> _ _ _ _ , _ _ </td></tr><tr><td>10243070064</td><td></td><td>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</td><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2-</td><td>73991953</td><td>COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52</td><td> _ </td><td>1</td><td> _ _ _ _ , _ _ </td><td>1</td><td> _ _ _ _ , _ _ </td></tr><tr><td>80044680277</td><td></td><td>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</td><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3-</td><td>74904590</td><td>INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596</td><td> _ </td><td>1</td><td> _ _ _ _ , _ _ </td><td>1</td><td> _ _ _ _ , _ _ </td></tr><tr><td>80044680272</td><td></td><td>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</td><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4-</td><td>74896717</td><td>COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C</td><td> _ </td><td>1</td><td> _ _ _ _ , _ _ </td><td>1</td><td> _ _ _ _ , _ _ </td></tr><tr><td>80044680257</td><td></td><td>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</td><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5-  _ _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td></td><td> _ </td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ _ , _ _ </td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ _ , _ _ </td></tr><tr><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td></td><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6-  _ _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td></td><td> _ </td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ _ , _ _ </td><td> _ _ _ </td><td> _ _ _ _ , _ _ </td></tr><tr><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td></td><td> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>										13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	1- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_	2	_ _ _ _ , _ _	2	_ _ _ _ , _ _	10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					2-	73991953	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	_	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _	80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					3-	74904590	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	_	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _	80044680272		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					4-	74896717	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	_	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _	80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					5-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ , _ _	_ _ _	_ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _					6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ , _ _	_ _ _	_ _ _ _ , _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado																																																																																																										
1- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_	2	_ _ _ _ , _ _	2	_ _ _ _ , _ _																																																																																																										
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _																																																																																																														
2-	73991953	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	_	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _																																																																																																										
80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _																																																																																																														
3-	74904590	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	_	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _																																																																																																										
80044680272		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _																																																																																																														
4-	74896717	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	_	1	_ _ _ _ , _ _	1	_ _ _ _ , _ _																																																																																																										
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _																																																																																																														
5-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ , _ _	_ _ _	_ _ _ _ , _ _																																																																																																										
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _																																																																																																														
6-  _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _	_ _ _ _ , _ _	_ _ _	_ _ _ _ , _ _																																																																																																										
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _																																																																																																														
24 - Especificação do Material																																																																																																																	
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/07/2024 / Empresa / Titular: LUCIA BATISTA GALINDO																																																																																																																	
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do Responsável pela Autorização																																																																																																												