



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 95638883  
(Via HOSPITAL)

|                            |   |
|----------------------------|---|
| 1 - Registro ANS<br>343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>95638883 |
|----------------------------|---|

|   |                       |   |
|---|-----------------------|---|
| 4 - Data da Autorização<br>28/06/2024 17:48 | 5 - Senha<br>95638883 | 6 - Data de Validade da Senha<br>27/08/2024 |
|---|-----------------------|---|

Dados do Beneficiário

|  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br>0050000002082007 | 8 - Validade da Carteira<br>15/08/2025 | 9 - Atendimento de RN<br>N |
|--|--|----------------------------|

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

|  |
|--|
| 10 - Nome<br>MARIA APARECIDA SILVESTRE |
|--|

Dados do Contratado Solicitante

|  |  |
|--|--|
| 12 - Código na Operadora<br>10.246.214/0001-04 | 13 - Nome do Contratado<br>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA |
|--|--|

|  |                                  |                                  |               |                           |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | 15 - Conselho Profissional<br>06 | 16 - Número do Conselho<br>17905 | 17 - UF<br>41 | 18 - Código CBO<br>225270 |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

|   |   |  |
|---|---|--|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br>10.246.214/0001-04 | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | 21 - Data sugerida para Internação<br>24/07/2024 00:00 |
|---|---|--|

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

|  |
|--|
| 28 - Indicação Clínica<br>DOR DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO |
|--|

|                                  |                           |                           |                           |  |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| 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)<br>9 |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição   | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|-------------|-----------------------------|--|-------------------|-----------------|
| 1- 22       | 30726034                    | ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR  | 1                 | 1               |
| 2- 18       | 60000805                    | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 3                 | 3               |
| 3- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 4- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 5- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 6- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 7- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 8- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 9- [ ]      | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 10- [ ]     | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 11- [ ]     | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |
| 12- [ ]     | [ ]                         |  | [ ]               | [ ]             |

Dados da autorização

|   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br>3 | 41 - Tipo de Acomodação autorizada<br>1 |
|---|------------------------------------|---|

|  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br>10.246.214/0001-04 | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA | 44 - Código CNES<br>6528104 |
|--|---|-----------------------------|

|   |
|---|
| 45 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/06/2024 / Empresa / Titular: JOAO SILVESTRE |
|---|

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

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização