



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90278117

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90278117			
4 - Data da Autorização 24/02/2023 11:30		5 - Senha 90278117		6 - Data de Validade da Senha 25/04/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000059181462		8 - Validade da Carteira 13/06/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome JULIANA RIBEIRO SOARES				11 - Cartão Nacional de Saúde 700201426219620	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 23538
			17 - UF 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 01/03/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- 22 2- 18 3- <input type="text"/> 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento 30724058 60000805 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		37 - Qtde. Solic. 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38 - Qtde. Aut. 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 1	41 - Tipo de acomodação autorizada 1		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			44 - Código CNES 6528104
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 24/02/2023 / 2 OPSITES - pago em conta / Empresa / Titular: VANCOURROS INDUSTRIA E COMERCIO DE COUROS					
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 - Nº

90278117

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90278117	4 - Senha 90278117	5 - Data da Autorização 24/02/2023 11:30	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90278117
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000059181462	8 - Nome JULIANA RIBEIRO SOARES
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO
2 OPSITES - pago em conta

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	73984736	ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-87	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680259	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-	74900889	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA A	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680269	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-	74898680	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-811	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680261	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-	74004379	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680330	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- 00	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
10243070062	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-	00737470	CONJUNTO CIMENTACAO PRESSURIZACAO 608.017.00001	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80693380005	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 24/02/2023 / 2 OPSITES - pago em conta / Empresa / Titular: VANCOUROS INDUSTRIA E COMER CIO DE COUROS

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização

