

89924120



46 - Data da Solicitação

_|/|__|_|/|__|

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 89924120 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 23/01/2023 16:39 89924120 24/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000001638281 01/06/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 708504387993974 **NIVALDO GUIZILINI** Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 06 17905 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 26/01/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S 1 1 Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA 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 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 1 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 _|_|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 6528104 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 23/01/2023 / Empresa / Titular: NIVALDO GUIZILINI

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



89924120



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	ı	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269		89924120		89924120	23/01/2023 16:39	89924120
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0050000001638281		NIVALDO GUIZILINI				
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	1 - E-mail	
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				1		
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica						
INDICAćAO CLINICA EM INDICAćAO CLINICA EM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 - I	Descrição		16 - Opção 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi	al		22 - Referência do material no fa	bricante		23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 74907735	CO	MPONENTE TIBIAL ME	TALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 COM	/ 1	,	_ _ 1 _ ,
80044680276		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT		Į.	
2- 76362205	CO	MPONENTE FEMORAL	OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO	_ 1	,	_ _ 1 _ _ ,
80175510047		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT		I.	
3- 00 75999080	INS	ERTO ARTICULAR DE	POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952	2 1	1 1 1 1 1	
80044680258			CIO DE IMPLANTESORT	 		
10243070064	5		CIO DE IMPLANTESORT	,	' 	
5-		7	0.0 D2 27.111 2001 1			
	 			- II II. I I I I		
	- 				·	
0-		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		-		
	_				·	
24 - Especificação do material					·	
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 23/01/2023 / Empresa / Titular: NIVALDO GUIZILINI						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
_ / /	_					