



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89841960**

(Via HOSPITAL)

|   |  |  |   |   |   |
|---|--|--|---|---|---|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b>   |  | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>89841960</b>   |   |   |   |
| 4 - Data da Autorização<br><b>16/01/2023 12:12</b>  |  | 5 - Senha<br><b>89841960</b>   |   | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>17/03/2023</b>                      |   |
| Dados do Beneficiário   |  |  |   |   |   |
| 7 - Numero da Carteira<br><b>0050000040096060</b>   |  | 8 - Validade da Carteira<br><b>15/07/2024</b>  |   | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b>                                       |   |
| 10 - Nome<br><b>CELIA REGINA NOBREGA</b>  |  |  |   | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br><b>706707576326511</b>                 |   |
| Dados do Contratado Solicitante   |  |  |   |   |   |
| 12 - Código na Operadora<br><b>10.246.214/0001-04</b>   |  | 13 - Nome do Contratado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>  |   |   |   |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO</b>  |  |  | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b>   |   | 16 - Número do Conselho<br><b>23237</b>   |
|   |  |  | 17 - UF<br><b>41</b>  |   | 18 - Código CBO<br><b>225270</b>  |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  |  |  |   |   |   |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>10.246.214/0001-04</b>  |  | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>   |   |   | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>25/01/2023 00:00</b>   |
| 22 - Caráter de Atendimento<br><b>1</b>   | 23 - Tipo de Internação<br><b>2</b>  | 24 - Regime de internação<br><b>1</b>  | 25 - Qtde. diárias Solicitadas<br><b>1</b>  | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>S</b>                                | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>N</b>  |
| 28 - Indicação Clínica<br>INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 89165492  |  |  |   |   |   |
| 29-CID10 Principal (opcional)   |  | 30-CID10(2) (opcional)   |   | 31-CID10(3) (opcional)  |   |
|   |  |  |   | 32-CID10(4) (opcional)  |   |
|   |  |  |   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br><b>9</b> |   |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  |  |  |   |   |   |
| 34 - Tabela<br>1- <b>22</b><br>2- <b>22</b><br>3- <b>18</b><br>4- <input type="text"/><br>5- <input type="text"/><br>6- <input type="text"/><br>7- <input type="text"/><br>8- <input type="text"/><br>9- <input type="text"/><br>10- <input type="text"/><br>11- <input type="text"/><br>12- <input type="text"/> | 35 - Código do Procedimento<br><b>30731208</b><br><b>30729181</b><br><b>60000805</b><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | 36 - Descrição<br><b>TENOTOMIA</b><br><b>HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO</b><br><b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | 37 - Qtde. Solic.<br><b>2</b><br><b>2</b><br><b>1</b><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |   | 38 - Qtde. Aut.<br><b>2</b><br><b>2</b><br><b>1</b><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
| Dados da autorização  |  |  |   |   |   |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar<br><input type="text"/>   |  | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>1</b>  |   | 41 - Tipo de acomodação autorizada<br><b>1</b>                          |   |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br><b>10.246.214/0001-04</b>   |  | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>   |   |   | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b>  |
| 45 - Observação<br>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/01/2023 / Empresa / Titular: SERGIO MURILO DE SOUZA  |  |  |   |   |   |
| 46 - Data da Solicitação<br><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

89841960

|                                   |   |                              |  |  |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Numero Guia Referenciada<br><b>89841960</b> | 4 - Senha<br><b>89841960</b> | 5 - Data da Autorização<br><b>16/01/2023 12:12</b> | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br><b>89841960</b> |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|

## Dados do Beneficiário

|   |   |
|---|---|
| 7 - Numero da Carteira<br><b>0050000040096060</b> | 8 - Nome<br><b>CELIA REGINA NOBREGA</b> |
|---|---|

## Dados do Profissional Solicitante

|   |               |             |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante<br><b>JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO</b> | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

## Dados da cirurgia

|  |
|--|
| 12 - Justificativa técnica<br>INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 89165492<br>INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 89165492 |
|--|

## 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- <b>00</b>                     | <b>70437653</b>     | <b>PARAFUSOS NAO ABSORVIVEIS, CANULADOS, PARA PEQUENOS E GR</b> | <b>1</b>   | <b>2</b>              |                                | <b>2</b>                             |                                |
| <b>10314800053</b>               |                     | <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>                         |            |                       |                                |                                      |                                |
| 2-                               |                     |   |            |                       |                                |                                      |                                |
|                                  |                     |   |            |                       |                                |                                      |                                |
| 3-                               |                     |   |            |                       |                                |                                      |                                |
|                                  |                     |   |            |                       |                                |                                      |                                |
| 4-                               |                     |   |            |                       |                                |                                      |                                |
|                                  |                     |   |            |                       |                                |                                      |                                |
| 5-                               |                     |   |            |                       |                                |                                      |                                |
|                                  |                     |   |            |                       |                                |                                      |                                |
| 6-                               |                     |   |            |                       |                                |                                      |                                |
|                                  |                     |   |            |                       |                                |                                      |                                |

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

|   |
|---|
| 25 - Observações / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/01/2023 / Empresa / Titular: SERGIO MURILO DE SOUZA |
|---|

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