



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90196476

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90196476				
4 - Data da Autorização 15/02/2023 15:30		5 - Senha 90196476		6 - Data de Validade da Senha 16/04/2023		
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 0050000059177392		8 - Validade da Carteira 30/10/2023		9 - Atendimento de RN N		
10 - Nome EUSA GOMES DOS ANJOS RODRIGUES				11 - Cartão Nacional de Saúde 700000103473704		
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 19/02/2023 00:00	
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO TROCA DE HOSPITAL GUIA 90003312						
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- 18 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 60000384 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"/>	36 - Descrição ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 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 2 2 <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 2 2 <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 2		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: 84218860963 em 15/02/2023 /****2 OPSITES - pago em conta *****/ Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL						
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <input type="text"/>		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text"/>		
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text"/>		



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

2 - Nº

90196476

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90196476	4 - Senha 90196476	5 - Data da Autorização 15/02/2023 15:30	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90196476
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000059177392	8 - Nome EUSA GOMES DOS ANJOS RODRIGUES
---	---

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 CLINICA EM ANEXO - TROCA DE HOSPITAL GUIA 90003312 INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO TROCA DE HOSPITAL GUIA 90003312 ****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- 73984736 80044680259		ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-87	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- 74900889 80044680269		CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-052-01 - CUPULA A	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- 74898680 80044680261		COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-811	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- 74004379 80044680330		CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- 00 72397888 10243070062		CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- 00737470 80693380005		CONJUNTO CIMENTACAO PRESSURIZACAO 608.017.00001	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 15/02/2023 /****2 OPSITES - pago em conta ***** / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL
--

26 - Data da Solicitação <input type="text"/>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---



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

2 - Nº

90196476

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90196476	4 - Senha 90196476	5 - Data da Autorização 15/02/2023 15:30	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90196476
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000059177392	8 - Nome EUSA GOMES DOS ANJOS RODRIGUES
---	---

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 CLINICA EM ANEXO - TROCA DE HOSPITAL GUIA 90003312 INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO TROCA DE HOSPITAL GUIA 90003312 ****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	
7- 00	74327860	ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-20	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
80175510058		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- 73302295		HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 M	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
10417940039		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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: 84218860963 em 15/02/2023 /****2 OPSITES - pago em conta ***** / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL
--

26 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---