



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89637805

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89637805			
4 - Data da Autorização 19/12/2022 19:18		5 - Senha 89637805		6 - Data de Validade da Senha 17/02/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000001768649		8 - Validade da Carteira 03/10/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome APARECIDA SIMEAO CARDOSO				11 - Cartão Nacional de Saúde 705003461506953	
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 ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 28281
			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 05/12/2022 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica M170 GONARTROSE EM JOELHO DIREITO LIMITAÇÃO DO FUNÇÃO FUNCIONAL JOELHO EM VARO ALBACK III					
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 30726034 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 TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 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 3 <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 3 <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 3		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: 30605972869 em 19/12/2022 /AUTORIZADO SERINGA DE 60ML - PAGO EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: GERALDO DA SILVA CARDOSO					
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

89637805

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89637805	4 - Senha 89637805	5 - Data da Autorização 19/12/2022 19:18	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89637805
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000001768649	8 - Nome APARECIDA SIMEAO CARDOSO
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica PACIENTE COM ARTROSE DEGENERATIVA (TRICOMPARTIMENTAL) EVOLUI COM DOR INTENSA, LIMITAÇÃO DO FUNCIONAL. INDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO DIREITO. M170 GONARTROSE EM JOELHO DIREITO LIMITAÇÃO DO FUNCIONAL JOELHO EM VARO ALBACK III AUTORIZADO SERINGA DE 60ML - PAGO EM CONTA HOSPITALAR
--

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-	74907263	COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 COM	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>			
	80044680276	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
2-	76362205	COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>			
	80175510047	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
3- 00	72397888	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>			
	10243070062	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
4- 00	75999080	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952	<input type="checkbox"/>	1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>			
	80044680258	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
5-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
6-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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: 30605972869 em 19/12/2022 /AUTORIZADO SERINGA DE 60ML - PAGO EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: GERALDO DA SILVA CARDOSO
--

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