



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 95616907  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95616907</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>27/06/2024 10:57</b>	5 - Senha <b>95616907</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>26/08/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001081562</b>	8 - Validade da Carteira <b>17/04/2026</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>MARIA DA PAZ DE MOURA ALVES</b>
---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>	13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>17905</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
---	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>15/07/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO
---

29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
3- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
11- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
12- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>3</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	44 - Código CNES <b>6528104</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/06/2024 / Empresa / Titular: MARIA DA PAZ DE MOURA ALVES
--

46 - Data da Solicitação	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 Guia no Prestador 95616907

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95616907	4 - Senha 95616907	5 - Data da Autorização 27/06/2024 10:57	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95616907
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000001081562	29 - Nome Social
8 - Nome MARIA DA PAZ DE MOURA ALVES	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO, SEM MELHORA COM TRAT. CLINICO. DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO SEM MELHORA COM TRAT CLINICO	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 74896466		COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-047-01 C	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	1	_   _   _   _   _   _
80044680257		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		
2- 74951955		PLATO TIBIAL DE POLIETILENO ESTABILIZADO ZIMMER - 5960-30-12 C	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	1	_   _   _   _   _   _
80044680317		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		
3- 00 73990930		COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-016-01	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	1	_   _   _   _   _   _
80044680277		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		
4- 00 72397950		CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	2	_   _   _   _   _   _
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		
5-  _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _			_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_   _	_   _   _   _   _   _
_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		
6-  _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _			_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_   _	_   _   _   _   _   _
_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _	_   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _		

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/06/2024 / Empresa / Titular: MARIA DA PAZ DE MOURA ALVES		
--	--	--

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---