



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89999919

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89999919			
4 - Data da Autorização 30/01/2023 14:45		5 - Senha 89999919		6 - Data de Validade da Senha 31/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000040544462		8 - Validade da Carteira 09/12/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome THIAGO DE OLIVEIRA SABAINI				11 - Cartão Nacional de Saúde 703402209195913	
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 09/02/2023 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 30/01/2023 /***KIT DE LAVAGEM PULSE - NÃO PADRONIZADO PARA O PROCEDIMENTO SEN DO REMUNERADO 2 SERINGAS DE 60ML PAGAS EM CONTA HOSPITALAR. **** / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGA S E SABAUDIA					
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

89999919

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89999919	4 - Senha 89999919	5 - Data da Autorização 30/01/2023 14:45	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89999919
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000040544462	8 - Nome THIAGO DE OLIVEIRA SABAINI
---	---

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 NOS COMPARTIMENTOS FEMORO-TIBIAL MEDIAL E LATERAL, REDUÇÃO DO ESPAÇO ARTICULAR, ESCLEROSE SUBCONDRA E OSTEÓFITOS MARGINAIS, DOR INTENSA EM JOELHO DIREITO. M170 GONARTROSE EM JOELHO DIREITO LIMITAÇÃO FUNCIONAL JOELHO EM VARO ALBACK III
KIT DE LAVAGEM PULSE - NÃO PADRONIZADO PARA O PROCEDIMENTO SENDO REMUNERADO 2 SERINGAS DE 60ML PAGAS 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- 74907735 80044680276	COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 COM		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2- 76362205 80175510047	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
3- 00 72397888 10243070062	COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
4- 00 75999080 80044680258	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT		<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
		CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
		INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <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: 30605972869 em 30/01/2023 / ***KIT DE LAVAGEM PULSE - NÃO PADRONIZADO PARA O PROCEDIMENTO SEN DO REMUNERADO 2 SERINGAS DE 60ML PAGAS EM CONTA HOSPITALAR.***** / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGA S E SABAUDIA

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
--	---	---