



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89327259

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89327259			
4 - Data da Autorização 18/11/2022 16:24		5 - Senha 89327259		6 - Data de Validade da Senha 17/01/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000013608722		8 - Validade da Carteira 30/10/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome PEDRO RAMOS				11 - Cartão Nacional de Saúde 707800605670611	
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 DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 19475
			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 29/11/2022 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 SEGUE PEDIDO MEDICO EM ANEXO					
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	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO			1 1
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP			1 1
3- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC			1 1
4- 98	08011961	PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENF - UNIORTE			1 1
5- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA			1 1
6- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO			1 1
7- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR			1 1
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
12- <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: 06827478904 em 18/11/2022 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL					
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

89327259

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89327259	4 - Senha 89327259	5 - Data da Autorização 18/11/2022 16:24	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89327259
-----------------------------------	-------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000013608722	8 - Nome PEDRO RAMOS
---------------------------------------------------	--------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	10 - Telefone	11 - E-mail
---------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
SEGUE PEDIDO MEDICO EM ANEXO.
SEGUE PEDIDO MEDICO EM ANEXO

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- 00	71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL JU	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
80044680086	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
80777280006	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- 00	70917540	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80777280003	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80743230025	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- 00	71876561	ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - A	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80083650063	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<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"/>	<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: 06827478904 em 18/11/2022 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL

26 - Data da Solicitação

☐☐☐/ ☐☐☐/ ☐☐☐☐

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização