



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90204285

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90204285</b>				
4 - Data da Autorização <b>16/02/2023 09:29</b>		5 - Senha <b>90204285</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>17/04/2023</b>		
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira <b>0050000035449988</b>		8 - Validade da Carteira <b>01/01/2025</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>		
10 - Nome <b>CAIO FAVA SANTOS</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>898004141344763</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>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>28617</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>18/02/2023 00:00</b>	
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>		23 - Tipo de Internação <b>2</b>		24 - Regime de internação <b>1</b>		
		25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>		26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>		
				27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>		
28 - Indicação Clínica LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA INSTABILIDADE LESÃO DE LPFM						
29-CID10 Principal (opcional)						
30-CID10(2) (opcional)						
31-CID10(3) (opcional)						
32-CID10(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>30731119</b>	<b>TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30733103</b>	<b>INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZAÇÃO, RESSECÇÃO E/OU PLÁSTIA #</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>22</b>	<b>30731216</b>	<b>TRANSPOSIÇÃO DE MAIS DE 1 TENDÃO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>			<b>2</b>	<b>2</b>
5- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIÁRIA DE ACOMPANHANTE COM REFEIÇÃO COMPLETA</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
6- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIÁRIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
7- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>			<b>1</b>	<b>1</b>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <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 <b>1</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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 16/02/2023 / Empresa / Titular: JETRO CONSULTORIA ORGANIZACIONAL LTDA						
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

25 - Observações / Justificativa		
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 16/02/2023 / Empresa / Titular: JETRO CONSULTORIA ORGANIZACIONAL LTDA		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização