



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 95582735
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95582735
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 25/06/2024 09:07	5 - Senha 95582735	6 - Data de Validade da Senha 24/08/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000061423222	8 - Validade da Carteira 25/09/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome CLADI CECILIA AGOSTINI LEVANDOWSKI
--

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 CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 22343	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
--	--	------------------------------------

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------	--

28 - Indicação Clínica DOR E DEFORMIDADE
--

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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
2- 22	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	7	7
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <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"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 0	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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/06/2024 / Empresa / Titular: SCOD BRASIL TECNOLOGIA EM SISTEMAS LTDA
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO
OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador

95582735

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação 95508501	4 - Data da Autorização 25/06/2024 09:07
5 - Senha 95582735	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95582735	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000061423222	31 - Nome Social
8 - Nome CLADI CECILIA AGOSTINI LEVANDOWSKI	

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	10 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
11 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	12 - Conselho Profissional 06	13 - Número do Conselho 22343	14 - UF 41	15 - Código CBO 225270

Dados da Internação

16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas 0	17 - Tipo da Acomodação Solicitada 1
---	--

18 - Indicação Clínica
DOR E DEFORMIDADE

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados				
19 - Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic.	23 - Qtde. Aut
1- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
2- 22	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	7	7
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				

Dados da autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas 0	25 - Tipo da Acomodação Autorizada 1
---	--

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/06/2024 / Empresa / Titular: SCOD BRASIL TECNOLOGIA EM SISTEMAS LTDA

28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---