



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89948643

(Via HOSPITAL)

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--|---|---|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89948643 | | | |
| 4 - Data da Autorização 25/01/2023 11:22 | | 5 - Senha 89948643 | | 6 - Data de Validade da Senha 26/03/2023 | |
| Dados do Beneficiário | | | | | |
| 7 - Numero da Carteira 0050000004822474 | | 8 - Validade da Carteira 15/03/2024 | | 9 - Atendimento de RN N | |
| 10 - Nome JOSE ROBERTO MORTATI | | | | 11 - Cartão Nacional de Saúde 700002282217106 | |
| 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 28/01/2023 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 INDICAÇÃO CLÍNICA 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 | 30731119 | TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRURGICO | | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30731224 | TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO | | 1 | 1 |
| 3- 22 | 30729190 | OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE - TRATAMENTO | | 1 | 1 |
| 4- 98 | 08011045 | PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - APT | | 1 | 1 |
| 5- 18 | 60000384 | DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA | | 1 | 1 |
| 6- 18 | 60000554 | DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES | | 1 | 1 |
| 7- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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 2 | | 41 - Tipo de acomodação autorizada 12 | |
| 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: 76879089968 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: JOSE ROBERTO MORTATI | | | | | |
| 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: 76879089968 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: JOSE ROBERTO MORTATI | | |
| 26 - Data da Solicitação _ _ / _ _ / _ _ _ _ | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |