



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90239900

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90239900			
4 - Data da Autorização 20/02/2023 13:51		5 - Senha 90239900		6 - Data de Validade da Senha 21/04/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000060028451		8 - Validade da Carteira 17/04/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome CLAUDIA RODRIGUES DOS SANTOS				11 - Cartão Nacional de Saúde 700103948897615	
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 JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 28617
			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 06/03/2023 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 ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO COM SEQUELA GRAVE LESÃO PREVIA COM SEQUELAS CIRURGICAS ANTERIORES E DOR INTRATAVEL INSTABILIDADE COM FALÊNCIA COLATERAL MEDIAL					
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 CIRURGIA 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: 84218860963 em 20/02/2023 / Empresa / Titular: ARGEU ALMEIDA DOS SANTOS					
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

90239900

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90239900	4 - Senha 90239900	5 - Data da Autorização 20/02/2023 13:51	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90239900
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000060028451	8 - Nome CLAUDIA RODRIGUES DOS SANTOS
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO COM SEQUELA GRAVE , LESÃO PREVIA , COM SEQUELAS CIRURGICAS ANTERIORES E DOR INTRATAVEL + INSTABILIDADE COM FALENCIA COLATERAL MEDIAL ARTROSE DE JOELHO ESQUERDO COM SEQUELA GRAVE LESÃO PREVIA COM SEQUELAS CIRURGICAS ANTERIORES E DOR INTRATAVEL INSTABILIDADE COM FALENCIA COLATERAL MEDIAL
--

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	73993131	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5880-015-01	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680277	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
10243070064	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- 00687570	KIT LAVAGEM MAHEMEDICAL PL 1000	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10314809016	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- 74897268	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5880-003-00 C	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80044680257	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- 73999644	PLATO TIBIAL DE POLIETILENO MOVEL ZIMMER - 5880-40-12	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80044680316	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- 74896385	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5988-003-26 C	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80044680257	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<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: 84218860963 em 20/02/2023 / Empresa / Titular: ARGEU ALMEIDA DOS SANTOS

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"/> <input type="checkbox"/>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
_ _ / _ _ / _ _ _ _		