



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89731348

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89731348			
4 - Data da Autorização 04/01/2023 10:08		5 - Senha 89731348		6 - Data de Validade da Senha 07/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 1170000001457428		8 - Validade da Carteira 30/03/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome CLEUSA DE OLIVEIRA MORAES				11 - Cartão Nacional de Saúde	
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 MARCUS VINICIUS DANIELI			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 18734
			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 06/01/2023 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	
1- 22		30726034		ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	
2- 18		60000384		DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	
3- 18		60000805		DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar / /		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: 76879089968 em 04/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORT E PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO					
46 - Data da Solicitação / /		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

89731348

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89731348	4 - Senha 89731348	5 - Data da Autorização 04/01/2023 10:08	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89731348
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 1170000001457428	8 - Nome CLEUSA DE OLIVEIRA MORAES
---	--

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM
--

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- 74907263		COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 COM	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680276		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- 76362205		COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80175510047		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- 75999080		INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80044680258		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- 00 72397950		CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>
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: 76879089968 em 04/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORT E PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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
---	---	---