



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95065947**
(Via HOSPITAL)

| | | |
|--|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95065947 | |
| 4 - Data da Autorização 09/05/2024 17:07 | 5 - Senha 95065947 | 6 - Data de Validade da Senha 08/07/2024 |

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| Dados do Beneficiário | | |
| 7 - Número da Carteira 0050000061475508 | 8 - Validade da Carteira 20/05/2025 | 9 - Atendimento de RN N |
| 50 - Nome Social | | |
| 10 - Nome CELSO VITOR DA SILVA | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|----------------------|----------------------------------|
| 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 ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 17905 | 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 20/05/2024 00:00 |
| 22 - Caráter do Atendimento 1 | 23 - Tipo de Internação C | 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 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES | | | | | |
| 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 | 30726034 | ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR | 1 | 1 | |
| 2- 18 | 60000384 | DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA | 1 | 1 | |
| 3- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 3 | 3 | |
| 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 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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2024 / Empresa / Titular: CELSO VITOR DA SILVA | | | | | | | |
| 46 - Data da Solicitação | | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante | | 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização | |

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização