



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90011091

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90011091			
4 - Data da Autorização 31/01/2023 11:20		5 - Senha 90011091		6 - Data de Validade da Senha 01/04/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000040072951		8 - Validade da Carteira 01/08/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome EDNA APARECIDA MARTINS				11 - Cartão Nacional de Saúde 707809668115311	
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 04/02/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	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	30734037	CONDROPLASTIA (COM REMOÇÃO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENT			1 1
3- 22	30731224	TRANSPOSIÇÃO ÚNICA DE TENDÃO			1 1
4- 22	30731038	BURSECTOMIA - TRATAMENTO CIRURGICO			1 1
5- 22	30734053	RECONSTRUÇÃO, RETENÇÃO OU REFORÇO DE LIGAMENTO - PR			1 1
6- 18	60000384	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE COM REFEIÇÃO COMPLETA			1 1
7- 18	60000805	DIÁRIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO			1 1
8- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR			1 1
9- <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"/>
11- <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"/>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas 1		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 31/01/2023 / Empresa / Titular: DORI ALIMENTOS SA					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text"/>					



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº

90011091

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90011091	4 - Senha 90011091	5 - Data da Autorização 31/01/2023 11:20	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90011091
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000040072951	8 - Nome EDNA APARECIDA MARTINS
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
--

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	71876561	ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - A	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80083650063		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- 00	76221229	ANCORA EM PEEK COM INSEROR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCORA	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
10247700123		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>
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 31/01/2023 / Empresa / Titular: DORI ALIMENTOS SA
--

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"/>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---