



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89781361

(Via HOSPITAL)

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89781361 | | | |
| 4 - Data da Autorização 10/01/2023 10:06 | | 5 - Senha 89781361 | | 6 - Data de Validade da Senha 11/03/2023 | |
| Dados do Beneficiário | | | | | |
| 7 - Numero da Carteira 0050000003326830 | | 8 - Validade da Carteira 05/03/2024 | | 9 - Atendimento de RN N | |
| 10 - Nome ANA MARIA PESENTE | | | | 11 - Cartão Nacional de Saúde 708508394106671 | |
| 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 21/01/2023 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 1- 22 2- 18 3- 18 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 60000384 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"/> | 36 - Descrição ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA DIARIA 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 1 2 <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 1 2 <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 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 10/01/2023 / Empresa / Titular: VALDECIR PESENTE | | | | | |
| 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

89781361

| | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Numero Guia Referenciada 89781361 | 4 - Senha 89781361 | 5 - Data da Autorização 10/01/2023 10:06 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89781361 |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|--------------------------------------|
| 7 - Numero da Carteira 0050000003326830 | 8 - Nome ANA MARIA PESENTE |
|---|--------------------------------------|

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO | 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 | 75999080 | INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952 | | 1 | | | |
| 80044680258 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | |
| 2- 00 | 72397950 | CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO | | 2 | | | |
| 10243070064 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | |
| 3- 00 | 74907263 | COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 COM | | 1 | | | |
| 80044680276 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | |
| 4- 00 | 76362205 | COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO | | 1 | | | |
| 80175510047 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | |
| 5- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do material |
|--------------------------------|

| |
|---|
| 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 10/01/2023 / Empresa / Titular: VALDECIR PESENTE |
|---|

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