



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90312359

(Via HOSPITAL)

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90312359 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 28/02/2023 10:53 | 5 - Senha 90312359 | 6 - Data de Validade da Senha 29/04/2023 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|---|
| 7 - Numero da Carteira 0050000040255584 | 8 - Validade da Carteira 01/10/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
| 10 - Nome ORIVALDO MELEIRO LOPES | | 11 - Cartão Nacional de Saúde 708002846726922 |

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 DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA | | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 19475 | 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 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 | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|--------------------------|-----------------------------|---|----------------------|----------------------|
| 1- 22 | 30735033 | ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30735068 | RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP | 1 | 1 |
| 3- 22 | 30735084 | RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC | 1 | 1 |
| 4- 18 | 60000384 | DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA | 2 | 2 |
| 5- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 2 | 2 |
| 6- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 7- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8- <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9- <input type="text"/> | <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"/> | <input type="text"/> |
| 11- <input type="text"/> | <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"/> | <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 28/02/2023 / Empresa / Titular: ARATEL ASSOCIACAO RECREATIVA ATLETICA SERCOMTEL

| | | | |
|--|---|--|---|
| 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 - N°

90312359

| | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Numero Guia Referenciada 90312359 | 4 - Senha 90312359 | 5 - Data da Autorização 28/02/2023 10:53 | 6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 90312359 |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|------------------------|------------------------|
| 7 - Numero da Carteira | 8 - Nome |
| 0050000040255584 | ORIVALDO MELEIRO LOPES |

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA | 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 | 00596221 | GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M | | 1 | | , | 1 | , |
| 80743230002 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 2- 00 | 71502718 | ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL JU | | 3 | | , | 3 | , |
| 80044680086 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 3- 00 | 00590045 | LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 | | 2 | | , | 2 | , |
| 80777280006 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 4- 00 | 00116700 | CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 | | 1 | | , | 1 | , |
| 80743230025 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 5- 00 | 70917540 | CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM | | 1 | | , | 1 | , |
| 80777280003 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 6- | | | | | | , | | , |
| | | | | | | | | |

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 28/02/2023 / Empresa / Titular: ARATEL ASSOCIACAO RECREATIVA ATLETICA SERCOMTEL

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>26 - Data da Solicitação</p> <p> <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"/> </p> | | | <p>27 - Assinatura do Profissional Solicitante</p> | <p>28 - Assinatura do Responsável pela Autorização</p> |
|--|--|--|--|--|