

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91992480

(Via HOSPITAL)

| 1- 22 30734045 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E 2 2 2- 98 08011981 PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE 1 1 3- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 5- | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|----------------------------------|---|-----------------------|----------------------------|---------------|---------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 24/09/2023 24/09/2023 24/09/2023 24/09/2023 24/09/2023 24/09/2023 24/09/2023 24/09/2023 25/ | " | Número da Guia A | Atribuído pela Ope | eradora | | 9199 | 92480 | | | | |
| 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Alendimento de RN | 1 | 11 | 9199248 | l i | |)23 | | | | | |
| 0050000006094239 30/01/2024 N | Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | |
| 50 - Norme Social 10 - Norme MARCOS ROBERTO ALMEIDA DOS SANTOS Dadas do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Norme do Portissional Solicitante 14 - Norme do Profissional Solicitante 15 - Consenho Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS 06 15 - Consenho Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS 17 - UF 18 - Código C 225270 18 - Código na Operadora (*NPJ Unior de Hospital / Local Solicitado (*NORTE O ROPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Norme do Profissional Solicitanto (*NORTE O ROPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Cardiere do Asendimento (*23 - Tipo de Internação (*24 - Regime de Internação (*25 - Otde. Didriats Solicitadas (*25 - Previsão de uso de OPME) (*27 - Previsão de uso de Cumider (*38 - Indicação (*38 | † | | 11 | | | | | | | | |
| 10 - Norme MARCOS ROBERTO ALMEIDA DOS SANTOS Dados do Contratado Solicitante 12 - Codigo na Operadora 10 - 246 - 214/0001 - 04 11 - Norme do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 11 - Norme do Professional Sulicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CIP-J 10 - 246 - 214/0001 - 04 21 - Data sugerida para Internação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Caráter do Atendimento 1 | | | 30/ | /01/2024 | | N | | | | | |
| Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 13 - Nome do Contratado 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional Solicitante 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código C 18 - Código na Operadora 18 - Número do Conselho 18 - Código C 19 - Código na Operadora 22343 21 - 225270 19 - Código na Operadora 220 - Nome do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado / UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 23 - Tipo de internação 24 - Regime de Internação 25 - Oide Diárias Solicitados 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO 28 - Previsão de Acidente (acidente ou deença relacions 28 - Indicação de Acidente (acidente ou deença relacions 29 - OPME 2 | 50 - Nome Social | | | | | | | | | | |
| 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 | | | | | | | | | | | |
| 10.246.214/0001-04 | Dados do Contratado Solid | citante | | | | | | | | | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS 06 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código C 225270 | | | 11 | | DECIALIZ | ADA LTDA | | | | | |
| CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS Dados do Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Dados da Internação 21 - Data sugerida para Internação 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Otde, Diárias Solicitados 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 33 - Indicação Clínica NDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 33 - Indicação Clínica 35 - Oddigo do Procedimento 36 - Descrição 37 - Otde Solicitados 37 - Otde Solicitados 38 - Otde 22 - Solicitados 38 - Otde 37 - Otde 37 - Otde 37 - Otde 38 - | | liaitanta | UNIORIE | OKTOPEDIA ES | | | ional | 16. Número do C | anaalba 111 | | 10 Cádigo CDO |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Caráter do Atendimento 1 | 1 | | IRA MARTIN | IS | 11 | Jonseino Profiss | ionai | | 11 | - 11 | • |
| 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 29/07/2023 00:00 | | | , | | | | | | | | |
| 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO | , , | 11 | | • | | LTDA | | | 11 | - | - |
| 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 relacione 9 | 1 | 11 | nação 24 - Reç | - ' | 25 - Qtde. D | | 26 - Pre | | ME 27 - Prev | | |
| 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 relaciona 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Acidente (acidente ou doença relaciona 9 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Acidente (acidente ou doença relaciona 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 31 - Tabela 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Acidente (acidente ou doença relaciona 9 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Acidente (acidente ou doença relaciona 9 38 - Tabela 39 - CID 10(4) (opcional) 30 - CID 10(4) (opcional) 30 - CID 10(4) (opcional) 31 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Acidente (acidente ou doença relaciona 9 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Acidente (acidente ou doença relaciona 9 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Acidente (acidente ou doença relaciona 9 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Acidente (acidente ou doença relaciona 9 39 - CID 10(4) (opcional) 30 - CID 10(4) (opcional) 30 - CID 10(4) (opcional) 31 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9 31 - CID 10(4) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9 30 - CID 10(4) (opcional) 31 - CID 10(4) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaciona 9 34 - Tabela 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Acidente (acidente (| | | | | • | | | | | | |
| Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. 7 1- 22 30734045 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZAÇÃO, RESSECÇÃO E OU PLASTIA (E 2 2 2- 98 08011981 PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE 1 1 3- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 5- | | | | | | | | | | | |
| 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. / 1 - 22 30734045 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZAÇÃO, RESSEÇÇÃO E OU PLASTIA (E 2 2 2 2 - 98 08011981 PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | 29 - CID 10 Principal (opciona | al) 30 - CID 10 | (2) (opcional) | 31 - CID 10(3) (opcid | onal) 32 - | CID 10(4) (opcio | onal) | 33 - Indicação de A | | nte ou do | ença relacionada) |
| 1- 22 30734045 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZAÇÃO, RESSECÇÃO E OU PLASTIA (E 2 2 2- 98 08011981 PCT ARTROSCOPIA DE TORNOZELO - ENF - UNIORTE 1 1 3- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 5- | | | | | | | | | | | |
| | 1- 22 30734045 2- 98 08011981 3- 18 60000805 4- 18 60024151 5- _ | do Procedimento | OSTEOCO PCT ARTE DIARIA DI | ONDROPLASTIA - ROSCOPIA DE TO E QUARTO COLE | RNOZELO ETIVO DE 2 | - ENF - UNIO LEITOS CON | RTE I BANH | EIRO PRIVATIV | A (E 2 1 'O 1 | de. Solic | 2 1 1 |
| 9- | 8- | | | | | | | | | -11 -11 -11 -11 -11 | |
| Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada | | são hospitalar | 0 - Otde Diárias 4 | Autorizadas 141 - | Tipo de Acon | odação autoriza | da | | | | |
| 2 1 | Data provavor da / tallino | Sub Hoophalai | 2 | 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 CN 6528104 | | CNPJ autorizado | 11 | | | ADA LTDA | | | | - 11 | 4 - Código CNES 5 528104 |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/07/2023 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Ti : HAYAMAX COMPONENTES ELETRONICOS LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorizar | | | | | | | | | | | |



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

| " | - Número da Guia Referer | ł ł | I - Senha | 91992480 | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------------------|--|---|---|--------------------------------|--|
| 343269 | | 91992480 | | 26/07/2023 14:10 | 9199 | | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira | | 29 - Nome Social | | | | | | |
| 0050000006094239 | | | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | | | |
| MARCOS ROBERTO ALI | | S | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicita | | | | 1 | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitar | | | 10 - Telefone | 1 | 1 - E-mail | | | |
| CESAR EDUARDO CAST | RO FERREIRA MAI | RTINS | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AN INDICAÇAO CLINICA EM AN Sem cobertura contratual para | EXO | ntos FORA de Ambiente Hospita | alar! | | | | | |
| OPME Solicitadas | | | | | | | | |
| 13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materia | | Descrição 22 - Referência do material | I no fabricanto | 16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização | e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic | itado 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado | |
| 1- 00 00590045 | | MINA PARA SHAVER SETO | | I I 2 | | _ 2 | , | |
| 80777280006 | | | O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | _1 _ | 1-1-1-1111-1-1 | |
| 2- 00608459 | PO | | STRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA | | | _ 1 | _ _ , | |
| 80082910131 | | ARTHROM COMERCIO | O DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | · . | | • | | |
| 3- _ | | | | . | _ _ _ , _ | _ | _ _ , _ | |
| | _ _ _ | | _ _ _ _ | | _ _ _ _ | _ _ | | |
| 4- _ | | | | | _ | _ | _ _ _ , | |
| | _ _ _ | | | | _ _ _ _ | _ | | |
| ⁵⁻ | | | | | _ | _ | , | |
| | | IIIIIII | | | | !! _ | , | |
| | | | | | | -I | III''!I | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa | | | | | | | | |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/07/2023 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular: HAYAMAX COMPONENTES ELETRONICOS LTDA | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | rofissional Solicitante | | 28 - Assinatura d | o Responsável pela Autorização | | | |
| | - / | | | | pola / lato Laydo | | | |