



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89916505

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89916505</b>			
4 - Data da Autorização <b>23/01/2023 10:45</b>		5 - Senha <b>89916505</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>24/03/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000042669190</b>		8 - Validade da Carteira <b>20/05/2023</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>MURILO LONGHINI DA SILVA</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>709809008720494</b>	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>		13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>23237</b>
			17 - UF <b>41</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>26/01/2023 00:00</b>
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 89699602					
29-CID10 Principal (opcional)		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)	
				32-CID10(4) (opcional)	
				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30729106</b>	<b>DEFORMIDADE DOS DEDOS - TRATAMENTO CIRURGICO</b>			<b>6 6</b>
2- <b>22</b>	<b>30731208</b>	<b>TENOTOMIA</b>			<b>2 2</b>
3- <b>22</b>	<b>30729041</b>	<b>ARTRODESE DE TARSO E/OU MEDIO PE - TRATAMENTO CIRURGICO</b>			<b>2 2</b>
4- <b>22</b>	<b>30729181</b>	<b>HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO</b>			<b>2 2</b>
5- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>			<b>1 1</b>
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar       /       /		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>		41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 23/01/2023 / Empresa / Titular: CANIL CAMBE EIRELI					
46 - Data da Solicitação       /       /		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

89916505

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89916505</b>	4 - Senha <b>89916505</b>	5 - Data da Autorização <b>23/01/2023 10:45</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89916505</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000042669190</b>	8 - Nome <b>MURILO LONGHINI DA SILVA</b>
---	---

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO - REVALIDAR A GUIA 89699602 INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO REVALIDAR A GUIA 89699602
--

## 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- <b>00</b>	<b>70427968</b>	<b>PARAFUSO CANULA PARA OSTEOSINTESE MARCA LEPINE - OCS 650</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
<b>10314800024</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <b>00</b>	<b>70437653</b>	<b>PARAFUSOS NAO ABSORVIVEIS, CANULADOS, PARA PEQUENOS E GR</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
<b>10314800053</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <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"/>
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 23/01/2023 / Empresa / Titular: CANIL CAMBE EIRELI
---

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
--	---	---