



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**90278014**

(Via HOSPITAL)

|                                                                                                                                                 |                                     |                                                                                          |                                            |                                                         |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b>                                                                                                               |                                     | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>90278014</b>                           |                                            |                                                         |                                                                         |
| 4 - Data da Autorização<br><b>24/02/2023 11:23</b>                                                                                              |                                     | 5 - Senha<br><b>90278014</b>                                                             |                                            | 6 - Data de Validade da Senha<br><b>25/04/2023</b>      |                                                                         |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                           |                                     |                                                                                          |                                            |                                                         |                                                                         |
| 7 - Numero da Carteira<br><b>0050000059251738</b>                                                                                               |                                     | 8 - Validade da Carteira<br><b>20/07/2024</b>                                            |                                            | 9 - Atendimento de RN<br><b>N</b>                       |                                                                         |
| 10 - Nome<br><b>LUCAS EDUARDO GALHARDO MEM</b>                                                                                                  |                                     |                                                                                          |                                            | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br><b>705301441488890</b> |                                                                         |
| Dados do Contratado Solicitante                                                                                                                 |                                     |                                                                                          |                                            |                                                         |                                                                         |
| 12 - Código na Operadora<br><b>10.246.214/0001-04</b>                                                                                           |                                     | 13 - Nome do Contratado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>                  |                                            |                                                         |                                                                         |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>                                                                   |                                     |                                                                                          | 15 - Conselho Profissional<br><b>06</b>    |                                                         | 16 - Número do Conselho<br><b>17905</b>                                 |
|                                                                                                                                                 |                                     |                                                                                          | 17 - UF<br><b>41</b>                       |                                                         | 18 - Código CBO<br><b>225270</b>                                        |
| Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação                                                                                      |                                     |                                                                                          |                                            |                                                         |                                                                         |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br><b>10.246.214/0001-04</b>                                                                                    |                                     | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> |                                            |                                                         | 21 - Data sugerida para Internação<br><b>01/03/2023 00:00</b>           |
| 22 - Caráter de Atendimento<br><b>1</b>                                                                                                         | 23 - Tipo de Internação<br><b>2</b> | 24 - Regime de internação<br><b>1</b>                                                    | 25 - Qtde. diárias Solicitadas<br><b>1</b> | 26 - Previsão de uso de OPME<br><b>S</b>                | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico<br><b>N</b>                      |
| 28 - Indicação Clínica<br>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)<br><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>30733065</b>                     | <b>REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>                        |                                            |                                                         | <b>1 1</b>                                                              |
| 2- <b>22</b>                                                                                                                                    | <b>30733049</b>                     | <b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>                      |                                            |                                                         | <b>1 1</b>                                                              |
| 3- <b>22</b>                                                                                                                                    | <b>30733073</b>                     | <b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR</b>                          |                                            |                                                         | <b>1 1</b>                                                              |
| 4- <b>22</b>                                                                                                                                    | <b>30731216</b>                     | <b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>                           |                                            |                                                         | <b>1 1</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- <b>18</b>                                                                                                                                    | <b>60024151</b>                     | <b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>                       |                                            |                                                         | <b>1 1</b>                                                              |
| 7- <input type="checkbox"/>                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            |                                                                                          |                                            |                                                         | <input type="checkbox"/>                                                |
| 8- <input type="checkbox"/>                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            |                                                                                          |                                            |                                                         | <input type="checkbox"/>                                                |
| 9- <input type="checkbox"/>                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>            |                                                                                          |                                            |                                                         | <input type="checkbox"/>                                                |
| 10- <input type="checkbox"/>                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            |                                                                                          |                                            |                                                         | <input type="checkbox"/>                                                |
| 11- <input type="checkbox"/>                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            |                                                                                          |                                            |                                                         | <input type="checkbox"/>                                                |
| 12- <input type="checkbox"/>                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            |                                                                                          |                                            |                                                         | <input type="checkbox"/>                                                |
| Dados da autorização                                                                                                                            |                                     |                                                                                          |                                            |                                                         |                                                                         |
| 39 - Data provável da Admissão hospitalar<br><input type="text"/>                                                                               |                                     | 40 - Qtde Diárias Autorizadas<br><b>1</b>                                                |                                            | 41 - Tipo de acomodação autorizada<br><b>1</b>          |                                                                         |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br><b>10.246.214/0001-04</b>                                                                         |                                     | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br><b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b> |                                            |                                                         | 44 - Código CNES<br><b>6528104</b>                                      |
| 45 - Observação<br>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 24/02/2023 / Empresa / Titular: L E GALHARDO MEM ENGENHARIA |                                     |                                                                                          |                                            |                                                         |                                                                         |
| 46 - Data da Solicitação<br><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

90278014

|                                   |                                                 |                              |                                                    |                                                                |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Numero Guia Referenciada<br><b>90278014</b> | 4 - Senha<br><b>90278014</b> | 5 - Data da Autorização<br><b>24/02/2023 11:23</b> | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br><b>90278014</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                   |                                               |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 7 - Numero da Carteira<br><b>0050000059251738</b> | 8 - Nome<br><b>LUCAS EDUARDO GALHARDO MEM</b> |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

## Dados do Profissional Solicitante

|                                                                              |               |             |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante<br><b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b> | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|

## Dados da cirurgia

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 - Justificativa técnica<br>INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO<br>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                            | 00590045            | LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306                    |            | 2                     |                                |                                      |                                |
| 80777280006                      |                     | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT                           |            |                       |                                |                                      |                                |
| 2- 00                            | 70627657            | PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLAC |            | 1                     |                                |                                      |                                |
| 10208610040                      |                     | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT                           |            |                       |                                |                                      |                                |
| 3- 00                            | 00597007            | PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE    |            | 1                     |                                |                                      |                                |
| 80044680085                      |                     | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT                           |            |                       |                                |                                      |                                |
| 4-                               |                     |                                                            |            |                       |                                |                                      |                                |
|                                  |                     |                                                            |            |                       |                                |                                      |                                |
| 5-                               |                     |                                                            |            |                       |                                |                                      |                                |
|                                  |                     |                                                            |            |                       |                                |                                      |                                |
| 6-                               |                     |                                                            |            |                       |                                |                                      |                                |
|                                  |                     |                                                            |            |                       |                                |                                      |                                |

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

|                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 - Observações / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 24/02/2023 / Empresa / Titular: L E GALHARDO MEM ENGENHARIA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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