



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89862855**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89862855</b>			
4 - Data da Autorização <b>17/01/2023 16:59</b>		5 - Senha <b>89862855</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>18/03/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000003265016</b>		8 - Validade da Carteira <b>16/12/2023</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>MITSUKO KATO</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>700005876602803</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>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>28617</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>04/02/2023 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>3</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica ARTROSE GRAVE EM JOELHO DIREITO					
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 1- <b>22</b> 2- <b>18</b> 3- <b>18</b> 4- <input type="checkbox"/> 5- <input type="checkbox"/> 6- <input type="checkbox"/> 7- <input type="checkbox"/> 8- <input type="checkbox"/> 9- <input type="checkbox"/> 10- <input type="checkbox"/> 11- <input type="checkbox"/> 12- <input type="checkbox"/>	35 - Código do Procedimento <b>30726034</b> <b>60000384</b> <b>60000805</b> <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"/>	36 - Descrição <b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b> <b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b> <b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b> <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"/>	37 - Qtde. Solic. <b>1</b> <b>3</b> <b>3</b> <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"/>	38 - Qtde. Aut. <b>1</b> <b>3</b> <b>3</b> <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"/>	
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <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"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>3</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: 84218860963 em 17/01/2023 / Empresa / Titular: TAKATI KATO					
46 - 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"/>		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

89862855

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89862855</b>	4 - Senha <b>89862855</b>	5 - Data da Autorização <b>17/01/2023 16:59</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89862855</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000003265016</b>	8 - Nome <b>MITSUKO KATO</b>
---	---------------------------------

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica ARTROSE GRAVE EM JOELHO DIREITO ARTROSE GRAVE EM JOELHO DIREITO
--

## 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>74907263</b>		<b>COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-01 COM</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>80044680276</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <b>76362205</b>		<b>COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>80175510047</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <b>00 75999080</b>		<b>INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>80044680258</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <b>00 72397950</b>		<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
<b>10243070064</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<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: 84218860963 em 17/01/2023 / Empresa / Titular: TAKATI KATO
--

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
--	---	---