

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95766692

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	· Número da Gu	uia Atribuído	pela Opera	dora								
343269 957666							6692					
4 - Data da Autorização 10/07/2024 18:03			95766692		a de Validade da Senha 08/09/202							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000002226254 19/02/2026							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
ANA MARIA STURION Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
14 - Nome do Profissional S					11	11			16 - Número do 0	11 11 '		18 - Código CBO
JOAO PAULO FERNA			~		06	28617				41	225270	
Dados do Hospital / Local 19 - Código na Operadora /			•	al / Local Solicitad	do					21 - Data	sugerida n	ara Internação
10.246.214/0001-04	CINFJ	11		PEDIA ESPE		DA LTI	DA			11	2024 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento 1	ndimento 23 - Tipo de Internação C		24 - Regime de Internação 25 -		25 - Qtde.	- Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		26 - Pre	revisão de uso de OPME 27 - F		Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica PO DE PROTESE UNI JO	1	<u>'</u>		~								
29 - CID 10 Principal (opcior	nal) 30 - CIE	O 10(2) (opci	ional) 3	1 - CID 10(3) (op	cional) 32	2 - CID	10(4) (opcion	al)	33 - Indicação de	Acidente (a	cidente ou c 9	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A												
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30726034 2- 18 60000805 3-	do Procedimen	AR	ARIA DE	QUARTO COL	LETIVO DE	E 2 LEI	TOS COM	BANH	RATAMENTO IEIRO PRIVATI	CIR 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 2
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de Aco	omodaç	ão autorizada	a				
	·	<u> </u>	2	1		y						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autor UNIORT E ORTOPEDIA ES						IZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 10/07/2024 / Empresa / Titular: ANA MARIA STURION 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 2 - Nº Guia no Prestador MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

"	- Número da Guia Referen	ciada	- Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	95766692			95766692			95766692		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000002226254									
8 - Nome									
ANA MARIA STURION									
Dados do Profissional Solicita									
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						1 - E-mail			
JOAO PAULO FERNANI	DES GUERREIRO								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica PO DE PROTESE UNI. JOE PO DE PROTESE UNI JOEI	LHO DIREITO COM CO LHO DIREITO COM COM	M EVOLUÇÃO DE ARTROS M EVOLUÇÃO DE ARTROSE	E LATERAL E ANTERIOR INDI E LATERAL E ANTERIOR INDIC	CADA A REVISÃO CO CADA A REVISÃO CO	OM HASTE TIBIAL DM HASTE TIBIAL				
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Ma	aterial 15 -	Descrição		1	16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Materi		22 - Referência do mater			23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00 72397950						_ _ _ ,	_ 1	_ _ , _	
10243070064	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- 74931105 80044680301	74931105 BASE TIBIAL METALICA - 42-5320-067-02 BASE TIBIAL CIMENTADA PE 4680301 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						_ 1	_ _ , _	
3- 74949861							1		
80044680317	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				 		_ '		
4- 74932047	BASE TIBIAL METALICA - 42-5570-001-14 COMPONENTE HASTE TIBIAL						1		
80044680301	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESOR				 _ _ _		_ i ·	1-1-1-1-1/111	
5- 02967227	27 COMPONENTE FEMORAL PS PERSONA STI			42-5006-058-02	1		_ 1	_ _ ,	
80044680307		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPED	ICOSLTDA					
6- _	_ _ _			I		_	_ _	_ _ , _	
	<u> </u>			<u>- </u>					
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 10/	07/2024 / Empresa / Titular: /	ANA MARIA STURION						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização			