



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89849276**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89849276</b>
------------------	--

4 - Data da Autorização <b>16/01/2023 18:32</b>	5 - Senha <b>89849276</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>17/03/2023</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira <b>0050000001792000</b>	8 - Validade da Carteira <b>20/10/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
10 - Nome <b>IVONE PEREIRA DA SILVA</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde <b>708407779467666</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>CARLOS EDUARDO MOTOOKA</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>21679</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>18/01/2023 00:00</b>
22 - Caráter de Atendimento <b>2</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					
--	--	--	--	--	--

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>30720095</b>	<b>FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
2- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
3-					
4-					
5-					
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 16/01/2023 / Empresa / Titular: IVONE PEREIRA DA SILVA			
--	--	--	--

46 - Data da Solicitação       /       /	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89849276			
4 - Data da Autorização 16/01/2023 18:32		5 - Senha 89849276		6 - Data de Validade da Senha 17/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000001792000		8 - Validade da Carteira 20/10/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome IVONE PEREIRA DA SILVA				11 - Cartão Nacional de Saúde 708407779467666	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO MOTOOKA			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 21679
			17 - UF 41		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 18/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 2		23 - Tipo de Internação 2		24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1
				26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterapia N
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA 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) 9	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela 1- 22		35 - Código do Procedimento 30720095		36 - Descrição FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT	
2-				37 - Qtde. Solic. 1	
3-				38 - Qtde. Aut. 1	
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar       /       /		40 - Qtde Diarias Autorizadas 1		41 - Tipo de acomodação autorizada 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 CNES 6528104
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/01/2023 / Empresa / Titular: IVONE PEREIRA DA SILVA					
46 - Data da Solicitação       /       /		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

[illegible]





# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº

89849276

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada 89849276	4 - Senha 89849276	5 - Data da Autorização 16/01/2023 18:32	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89849276
------------------	--	-----------------------	---	---

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000001792000	8 - Nome IVONE PEREIRA DA SILVA
--	------------------------------------

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CARLOS EDUARDO MOTOOKA	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 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	00590495	PARAFUSO CORTICAL 3,5X20MM		3		3	
10247700039		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	72243511	SISTEMA DE PLACAS E PARAFUSOS BLOQUEADOS VERSALOCK DE A		1		1	
10247700102		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00779857	PARAFUSO BLOQUEADO 3,5X30MM TI001.0035.030		10		10	
81118460027		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4-							
5-							
6-							

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

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/01/2023 / Empresa / Titular: IVONE PEREIRA DA SILVA
---

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