



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89646753**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89646753</b>			
4 - Data da Autorização <b>20/12/2022 15:09</b>		5 - Senha <b>89646753</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>18/02/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>0050000007427401</b>		8 - Validade da Carteira <b>28/09/2023</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>FLAVIANI SILVA OLIVEIRA DOS SANTOS</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>708207661256744</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>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>17905</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>24/12/2022 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					
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>30733103</b>	<b>INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET</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>30727162</b>	<b>OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRURGICO</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 <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>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 20/12/2022 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR					
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 - N°

**89646753**

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89646753</b>	4 - Senha <b>89646753</b>	5 - Data da Autorização <b>20/12/2022 15:09</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89646753</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000007427401</b>	8 - Nome <b>FLAVIANI SILVA OLIVEIRA DOS SANTOS</b>
---	---

### Dados do Profissional Solicitante

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

### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO
INDICAÇÃO CLÍNICA 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		2	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE		1		1	
80044680085		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	71876561	ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - A		2		2	
80083650063		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	72375906	FAMILIA DE MICRO E MINI PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14-		3		3	
10247700109		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 20/12/2022 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>		