

90086648

(Via HOSPITAL)



_|/|__|_|/|__|

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 90086648 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 06/02/2023 18:14 90086648 07/04/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000004715210 18/03/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 709604652969972 **SONIA PIERINA DE ALMEIDA** 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 Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ** 06 17905 225270 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 10/02/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 22 - Caráter de Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S 1 1 Ν 1 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO 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 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 3- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 _|_|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 6528104 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 06/02/2023 / Empresa / Titular: JOAO APARECIDO DE ALMEIDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



90086648



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269		90086648		90086648	06/02/2023 18:14	9008664
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome						
0050000004715210 SONIA PIERINA DE ALMEIDA						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail						
ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAćAO CLINICA EM INDICAćAO CLINICA EM OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Ite	em 15 - I	Descrição		16 - Opção 17 - 0	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizad
21 - Registro ANVISA do materia	al		22 - Referência do material no fa	bricante	:	23 - № Autorização de Funcionamento
1- 00 75999080	INS	ERTO ARTICULAR DE	POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952	2 1	,	_ _ 1 <u> , </u>
80044680258		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT		I.	
2- 74907735	CO	MPONENTE TIBIAL ME	TALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 COM	/ I I 1	1 1 1 1 1	
80044680276		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT	. <u>,</u>	III/I	
3- 76362205	CO		OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO)		
80175510047				/		'
	011		RCIO DE IMPLANTESORT			
4- 00 72466618	CIN		IGUE - 00-1120-140-01: CIMENTO OSSEO HI-FA		<u></u> -	
80044680249		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>	_	I-	
5- _				_	,	
	_				<u> _ _ _ _ _ </u>	
6-				_	,	
24 - Especificação do material				–.–.		
27 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 06/02/2023 / Empresa / Titular: JOAO APARECIDO DE ALMEIDA						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	issional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
_ / /	<u> </u>					