



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94882244**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94882244</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>24/04/2024 08:28</b>	5 - Senha <b>94882244</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>23/06/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001156767</b>	8 - Validade da Carteira <b>30/07/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>NILSON DE MARI</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>06/05/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica <b>ARTROSE GRAVE DE JOELHO ESQUERDO</b>
---

29 - CID 10 Principal (opcional)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(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>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>	<b>2</b>	<b>2</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>2</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>12</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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: DENISE GAVETTI DE MARI
---

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 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador 94882244

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94882244	4 - Senha 94882244	5 - Data da Autorização 24/04/2024 08:28	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94882244
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001156767	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
NILSON DE MARI

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
ARTROSE GRAVE DE JOELHO ESQUERDO  
ARTROSE GRAVE DE JOELHO ESQUERDO

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 10243070064	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	2 	2		2	
2- 80044680272	74904590	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 	1		1	
3- 80044680257	74896717	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	0 	0		0	
4- 80044680277	73991953	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1 	1		1	
5-                                     			 				
6-                                     			 				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 / Empresa / Titular: DENISE GAVETTI DE MARI

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