



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 93994983
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93994983
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 06/02/2024 17:09	5 - Senha 93994983	6 - Data de Validade da Senha 06/04/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000004919443	8 - Validade da Carteira 20/08/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome WALDOMIRO PIO OLIVEIRA DE ALMEIDA MACHADO

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 CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 22343	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 10/02/2024 00:00
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
--

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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30728053	ARTROPLASTIA DE TORNOZELO (COM IMPLANTE) - TRATAMENTO CIRUR	1	1
2- 22	30727162	OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
3- 22	30713072	RETIRADA DE ENXERTO OSSEO	1	1
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
6- []	[]		[]	[]
7- []	[]		[]	[]
8- []	[]		[]	[]
9- []	[]		[]	[]
10- []	[]		[]	[]
11- []	[]		[]	[]
12- []	[]		[]	[]

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias 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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/02/2024 / Empresa / Titular: WALDOMIRO PIO OLIVEIRA DE ALMEIDA MACHADO
--

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 93994983

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93994983	4 - Senha 93994983	5 - Data da Autorização 06/02/2024 17:09	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93994983
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000004919443	29 - Nome Social WALDOMIRO PIO OLIVEIRA DE ALMEIDA MACHADO

Dados do Profissional Solicitante	
9 - Nome do profissional solicitante CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	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 Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 80454380015	78034159	SISTEMA TOTAL PARA TORNOZELO TARIC - 0021-0101 -IMPLANTE TA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1	
2- 80454380015	78034396	SISTEMA TOTAL PARA TORNOZELO TARIC - 0021-0041 -IMPLANTE TIBI ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1	
3- 10247700051	72258268	SPBA-S-RETA - SISTEMA DE FIXACAO RIGIDA DE PLACAS RETAS BLO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1	
4- 10247700051	72258918	SPBA-S-RETA - SISTEMA DE FIXACAO RIGIDA DE PLACAS RETAS BLO ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	6	6	
5- 00 80454380015	78034361	SISTEMA TOTAL PARA TORNOZELO TARIC - 0021-0016 -INSERTO TARI ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1	
6-					

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 06/02/2024 / Empresa / Titular: WALDOMIRO PIO OLIVEIRA DE ALMEIDA MACHADO		
--	--	--

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