



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94284836**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94284836</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>04/03/2024 16:23</b>	5 - Senha <b>94284836</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>03/05/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000009154836</b>	8 - Validade da Carteira <b>01/04/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

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

10 - Nome <b>MARIA APARECIDA DE FREITAS PEREIRA</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>05/03/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>2</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</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 <b>FRATURA</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>30720095</b>	<b>FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/03/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA
--

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 94284836

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94284836	4 - Senha 94284836	5 - Data da Autorização 04/03/2024 16:23	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94284836
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000009154836	29 - Nome Social
--	------------------

8 - Nome  
MARIA APARECIDA DE FREITAS PEREIRA

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
FRATURA  
FRATURA

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	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					
1- 00	74894064	SISTEMAS DE PLACAS DVR - 131852040A - PLACA DVR CROSSLOCK	1		,	1	,
80044680244		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00	74894404	SISTEMAS DE PLACAS DVR - 131227114 - PARAFUSO LOCKING CORTI	8		,	8	,
80044680244		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3- 00	74894501	SISTEMAS DE PLACAS DVR - 131227214 - PARAFUSO SEM BLOQUEIO	2		,	2	,
80044680244		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
4-					,		,
5-					,		,
6-					,		,

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/03/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIPORA

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