



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90240760

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90240760
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 20/02/2023 15:24	5 - Senha 90240760	6 - Data de Validade da Senha 21/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000008711545	8 - Validade da Carteira 18/12/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

10 - Nome DALVA MARIA KERN	11 - Cartão Nacional de Saúde 705403481297396
--------------------------------------	---

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 ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 17905	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 27/02/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

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

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECACAO E/OU PLASTIA #	1	1
3- 98	08011081	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
6- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
7- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
8- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
9- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
10- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
11- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
12- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	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
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 20/02/2023 / Empresa / Titular: CALCEBRAS CALCADOS BRASIL

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

90240760

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90240760	4 - Senha 90240760	5 - Data da Autorização 20/02/2023 15:24	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90240760
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000008711545	8 - Nome DALVA MARIA KERN
---	-------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	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 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		1		1	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 20/02/2023 / Empresa / Titular: CALCEBRAS CALCADOS BRASIL
--

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