



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95523750**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95523750	
4 - Data da Autorização 19/06/2024 15:04	5 - Senha 95523750	6 - Data de Validade da Senha 18/08/2024

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 0050000005489469	8 - Validade da Carteira 18/01/2025	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome ISABELA DA SILVA FAVERO		

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 03/07/2024 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 DOR INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO									
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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1	
2- 98	08011081	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF	1	1	
3- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1	
4- 18	60024151	ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1	
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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 19/06/2024 / Empresa / Titular: ALARM FORCE COMERCIO DE EQUIPAMENTOS E SERVICOS DE INSTALACAO DE ALARMES LTDA ME							
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 95523750

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95523750	4 - Senha 95523750	5 - Data da Autorização 19/06/2024 15:04	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95523750
----------------------------	---------------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000005489469	29 - Nome Social
--------------------------------------------	------------------

8 - Nome
ISABELA DA SILVA FAVERO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail
-----------------------------------------------------------------------	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
DOR + INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO
DOR INCAPACIDADE FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO

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	00499293	CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000	1		,	1	,
80356130052		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
2- 00	78898676	DISPOSITIVO DE REPARACAO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	2		,	2	,
80044680449		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA					
3-					,		,
4-					,		,
5-					,		,
6-					,		,

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/06/2024 / Empresa / Titular: ALARM FORCE COMERCIO DE EQUIPAMENTOS E SERVICOS DE INSTALACAO DE ALARMES LTDA ME

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