



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89707223

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89707223			
4 - Data da Autorização 30/12/2022 07:36		5 - Senha 89707223		6 - Data de Validade da Senha 28/02/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000003903799		8 - Validade da Carteira 31/05/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome JOSE FERNANDES POCAS LEOTE JUNIOR				11 - Cartão Nacional de Saúde 898003461551238	
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 CARLOS EDUARDO MOTOOKA			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 21679
			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 12/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 2	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 FRATURA ESCAFOIDE					
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 1- 22 2- 18 3- 18 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento 30737060 60000805 60024151 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição FRATURAS - REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE - PROCE DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		37 - Qtde. Solic. 1 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38 - Qtde. Aut. 1 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04753294900 em 30/12/2022 / Empresa / Titular: JOSE FERNANDES POCAS LEOTE					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		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

89707223

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89707223	4 - Senha 89707223	5 - Data da Autorização 30/12/2022 07:36	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89707223
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000003903799	8 - Nome JOSE FERNANDES POCAS LEOTE JUNIOR
---	--

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica FRATURA ESCAFOIDE FRATURA ESCAFOIDE
--

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
1- 00	70416427	PARAFUSO CANULADO - MM-211.20 PARAFUSO CANULADO ESCAFOID		1		1	
80163430004		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		1		1	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04753294900 em 30/12/2022 / Empresa / Titular: JOSE FERNANDES POCAS LEOTE

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