



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94605866**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>94605866</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>01/04/2024 17:45</b>	5 - Senha <b>94605866</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>31/05/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000001719869</b>	8 - Validade da Carteira <b>20/08/2024</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	---	-----------------------------------

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

10 - Nome <b>MARIA BARRETO VASCONCELOS CAMARA</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>JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO</b>	15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28617</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>15/04/2024 00:00</b>
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>2</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica <b>ATROSE DE JOELHO DIREITO</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>30726034</b>	<b>ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
3- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
4- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
5- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
6- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
7- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
8- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
9- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
10- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
11- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]
12- [ ]	[ ]		[ ]	[ ]

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>2</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 01/04/2024 / Empresa / Titular: MARIA BARRETO VASCONCELOS CAMARA
---

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 94605866

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94605866	4 - Senha 94605866	5 - Data da Autorização 01/04/2024 17:45	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94605866
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000001719869	29 - Nome Social MARIA BARRETO VASCONCELOS CAMARA

Dados do Profissional Solicitante	
9 - Nome do profissional solicitante JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	10 - Telefone 11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO DIREITO ATROSE DE JOELHO DIREITO	

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- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	2	2	
	10243070064	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2-	74904590	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	1	1	
	80044680272	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
3-	74896717	COMPONENTE TIBIAL METALICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C	1	1	
	80044680257	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
4-	73991953	COMPONENTE FEMORAL OPTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52	1	1	
	80044680277	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
5-					
6-					

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 01/04/2024 / Empresa / Titular: MARIA BARRETO VASCONCELOS CAMARA	
---	--

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