



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90327900

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90327900
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 01/03/2023 11:07	5 - Senha 90327900	6 - Data de Validade da Senha 30/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000035309167	8 - Validade da Carteira 10/11/2024	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

10 - Nome ROSANGELA DA SILVA ROCHA	11 - Cartão Nacional de Saúde 703203627398596
--	---

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 JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28617	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 20/03/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter de Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 3	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELHO DIREITO
--

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	30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR	1	1
2- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	3	3
3- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
4- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
5- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
6- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
7- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
8- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
9- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
10- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
11- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []
12- [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	40 - Qtde Diárias Autorizadas 3	41 - Tipo de acomodação autorizada 61
--	---	---

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: 84218860963 em 01/03/2023 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA

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

90327900

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90327900	4 - Senha 90327900	5 - Data da Autorização 01/03/2023 11:07	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90327900
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000035309167	8 - Nome ROSANGELA DA SILVA ROCHA
---	---

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 ARTROSE DE JOELHO DIREITO
--

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- 74907735		COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 COM	<input type="checkbox"/>	1		1	
80044680276		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>				
2- 76362205		COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO	<input type="checkbox"/>	1		1	
80175510047		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>				
3- 00 75999080		INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952	<input type="checkbox"/>	1		1	
80044680258		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>				
4- 00 72397950		CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO	<input type="checkbox"/>	2		2	
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT	<input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 01/03/2023 / Empresa / Titular: ELEVADORES ATLAS SCHINDLER LTDA
--

26 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---