



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90100549

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90100549
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 07/02/2023 16:51	5 - Senha 90100549	6 - Data de Validade da Senha 15/04/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0970000007973270	8 - Validade da Carteira 28/02/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

10 - Nome ANTONIA MANTONI DE CAMARGO	11 - Cartão Nacional de Saúde 700506553055653
--	---

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 CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 22343	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 12/02/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter de Atendimento 1	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 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	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT	1	1
2- 98	08011046	PCT LIGAMENTOPLASTIA UNIORTE - ENF	1	1
3- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <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"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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: 76879089968 em 07/02/2023 /Autorizado Parcial. Desfavorável Broca percutânea para o nódulo de OPME trata-se de técnica percutânea, conforme RN 465 de 24 de Fevereiro de 2021 - artigo 12 diz o seguinte: os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no anexo I. parecer técnico nº 34/geas/ggras/dipro/2021 caso o profissional assistente solicite um procedimento que conste no rol vigente, mas concomitantemente solicite mater
--

46 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---