



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94943623**
(Via HOSPITAL)

| | |
|-----------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94943623 |
|-----------------------------------|--|

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 4 - Data da Autorização 29/04/2024 15:27 | 5 - Senha 94943623 | 6 - Data de Validade da Senha 28/06/2024 |
|--|------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| 7 - Número da Carteira 0050000005370763 | 8 - Validade da Carteira 20/08/2024 | 9 - Atendimento de RN N |
|---|---|-----------------------------------|

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

| |
|---|
| 10 - Nome LUZIA DO CARMO DIAS DE SA |
|---|

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 BRUNO BOSIO DA SILVA | 15 - Conselho Profissional 06 | 16 - Número do Conselho 32301 | 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 15/05/2024 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 LESAO MAGUITO |
|--|

| | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| 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 | 30735033 | ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO | 1 | 1 |
| 2- 22 | 30735068 | RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP | 1 | 1 |
| 3- 22 | 30735084 | RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC | 1 | 1 |
| 4- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | 1 | 1 |
| 5- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | 1 | 1 |
| 6- | | | | |
| 7- | | | | |
| 8- | | | | |
| 9- | | | | |
| 10- | | | | |
| 11- | | | | |
| 12- | | | | |

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 29/04/2024 / Empresa / Titular: LUIZ MARILVO XAVIER DE SA |
|--|

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| 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 94943623

| | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 94943623 | 4 - Senha 94943623 | 5 - Data da Autorização 29/04/2024 15:27 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94943623 |
|----------------------------|---|-----------------------|---|---|

| | |
|--|------------------|
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 0050000005370763 | 29 - Nome Social |
| 8 - Nome LUZIA DO CARMO DIAS DE SA | |

| | | |
|--|---------------|-------------|
| Dados do Profissional Solicitante | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA | 10 - Telefone | 11 - E-mail |

| | |
|--|--|
| Dados da cirurgia | |
| 12 - Justificativa técnica lesao maguito LESAO MAGUITO | |

| 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 | | 23 - N° Autorização de Funcionamento | | | | |
| 1- | 00241202 | | | TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009 | | _ | 2 | _ _ _ _ _ _ _ _ | 2 | _ _ _ _ _ _ _ _ |
| 80371250020 | | | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | _ | | | | |

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

| |
|--|
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/04/2024 / Empresa / Titular: LUIZ MARILVO XAVIER DE SA |
|--|

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