



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90053618

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90053618			
4 - Data da Autorização 03/02/2023 08:40		5 - Senha 90053618		6 - Data de Validade da Senha 04/04/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0050000006318242		8 - Validade da Carteira 18/12/2024		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome TIYOMI HIROTA				11 - Cartão Nacional de Saúde 708604564307384	
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 13/02/2023 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 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 30726034 60000384 60000805 <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 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO <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 3 <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"/>	38 - Qtde. Aut. 1 1 3 <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"/>	
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas 3		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: 84218860963 em 03/02/2023 / Empresa / Titular: INSTITUTO SECULAR DAS IRMAS DE MARIA DE SCHOENSTATT PROVINCIA SCHOENSTATT TABOR					
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

90053618

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90053618	4 - Senha 90053618	5 - Data da Autorização 03/02/2023 08:40	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90053618
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000006318242	8 - Nome TIYOMI HIROTA
---	----------------------------------

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- 00	74907735	COMPONENTE TIBIAL METALICO OPTION ZIMMER - 00-5986-037-02 COM		1			
80044680276		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	76362205	COMPONENTE FEMORAL OPTION SEM RESTRICAO - 00-5966-014-02 CO		1			
80175510047		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	75999080	INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 90-5952		1			
80044680258		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	72397950	CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD CO		2			
10243070064		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 03/02/2023 / Empresa / Titular: INSTITUTO SECULAR DAS IRMAS DE MARIA DE SCHOENSTATT PROVINCIA SCHOENSTATT TABOR

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