



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90211567

(Via HOSPITAL)

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|---|
| 1 - Registro ANS 343269 | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90211567 | | | |
| 4 - Data da Autorização 16/02/2023 15:08 | | 5 - Senha 90211567 | | 6 - Data de Validade da Senha 28/04/2023 | |
| Dados do Beneficiário | | | | | |
| 7 - Numero da Carteira 0320000084756551 | | 8 - Validade da Carteira 16/12/2023 | | 9 - Atendimento de RN N | |
| 10 - Nome VINICIUS IGLESIAS BARBARI DE OLIVEIRA | | | | 11 - Cartão Nacional de Saúde | |
| 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 04/03/2023 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 N | 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N |
| 28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR | | | | | |
| 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 | 30735068 | RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP | | | 1 1 |
| 2- 22 | 30735084 | RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC | | | 1 1 |
| 3- 22 | 30735041 | LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO | | | 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- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 7- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 8- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 9- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 10- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 11- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| 12- <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: 04753294900 em 16/02/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: U NIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS | | | | | |
| 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 | |



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº

90211567

| | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Numero Guia Referenciada 90211567 | 4 - Senha 90211567 | 5 - Data da Autorização 16/02/2023 15:08 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90211567 |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|--|
| 7 - Numero da Carteira 0320000084756551 | 8 - Nome VINICIUS IGLESIAS BARBARI DE OLIVEIRA |
|---|--|

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

| |
|---|
| 12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO |
|---|

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 | 00162477 | CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000 | | 2 | | 2 | |
| 80356130052 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 2- 00 | 00241202 | TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009 | | 2 | | 2 | |
| 80371250020 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 3- 00 | 00608459 | PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIAD | | 1 | | 1 | |
| 80082910131 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 4- 00 | 78890578 | ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN | | 3 | | 3 | |
| 80083650087 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 5- 00 | 00619817 | EQUIPO DE IRRIGACAO TIPO PERFURADOR VOLMED 2VIAS AEQU 05 | | 1 | | 1 | |
| 81130100013 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |
| 6- 00 | 00110116 | CANETA PARA ABLACAO RF CAP SH 90 200 | | 1 | | 1 | |
| 80743230025 | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | | |

| |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do material |
|--------------------------------|

| |
|--|
| 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04753294900 em 16/02/2023 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: U NIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS |
|--|

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