



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90360273

(Via HOSPITAL)

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|--|---|---|---|-----------------|
| 1 - Registro ANS 343269 | | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90360273 | | | | |
| 4 - Data da Autorização 03/03/2023 13:44 | | 5 - Senha 90360273 | | 6 - Data de Validade da Senha 06/05/2023 | | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | |
| 7 - Numero da Carteira 0145083500071014 | | 8 - Validade da Carteira | | 9 - Atendimento de RN N | | |
| 10 - Nome RAQUEL DA SILVA IZZO | | | | 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 ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA | | | 15 - Conselho Profissional 06 | | 16 - Número do Conselho 28281 | |
| | | | 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 09/09/2023 00:00 | |
| 22 - Caráter de Atendimento 2 | | 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 M23 TRATAMENTO DO JOELHO | | | | | | |
| 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 | 30733090 | TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO | | | 1 | 1 |
| 2- 18 | 60000805 | DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO | | | 1 | 1 |
| 3- 18 | 60024151 | ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR | | | 1 | 1 |
| 4- | | | | | | |
| 5- | | | | | | |
| 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 Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 03/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBERLANDIA COOP REGIONAL TRABALHO MEDICO 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

90360273

| | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Numero Guia Referenciada 90360273 | 4 - Senha 90360273 | 5 - Data da Autorização 03/03/2023 13:44 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90360273 |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|---|
| 7 - Numero da Carteira 0145083500071014 | 8 - Nome RAQUEL DA SILVA IZZO |
|---|---|

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ QUARTRO MESES E EVOLUI COM LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO, DOR INTENSA. INDICO TRATAMENTO DE ARTROFIBROSE COM URGÊNCIA PARA LIBERAR JOELHO.
M23 TRATAMENTO DO JOELHO
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

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 | 00590045 | LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 | | 1 | | 1 | |
| 80777280006 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES | | | | | |
| 2- 00 | 00116700 | CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 | | 1 | | 1 | |
| 80743230025 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES | | | | | |
| 3- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| |
|---|
| 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 03/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED UBER LANDIA COOP REGIONAL TRABALHO MEDICO LTDA |
|---|

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