



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90320999

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90320999			
4 - Data da Autorização 28/02/2023 17:39		5 - Senha 90320999		6 - Data de Validade da Senha 06/05/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 1510000001753067		8 - Validade da Carteira 31/12/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome EUNICE DA SILVA ANSELMO				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 09/03/2023 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 S	
				27 - Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO					
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	
1- 22		30733065		REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	
2- 22		30733049		OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	
3- 98		08011081		PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF	
4- 18		60024151		ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	
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 28/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** EQUIPO PAGO EM CONTA. CA PA INCLUSO TAXA SALA / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA					
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

90320999

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90320999	4 - Senha 90320999	5 - Data da Autorização 28/02/2023 17:39	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90320999
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 1510000001753067	8 - Nome EUNICE DA SILVA ANSELMO
---	--

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
PACINETE COM DOR EM JOELHO DIREITO HÃ• MESES COM PIORA PROGRESSIVA EVOLUI COM ROTURA DO MENISCO MEDIAL E LESÃO OSTEOCONDRA. INDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIDEOARTROSCOPIA. M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** EQUIPO PAGO EM CONTA. CAPA INCLUSO TAXA SALA

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- 19	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		1		1				
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT								
2- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		1				
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT								
3-										
4-										
5-										
6-										

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 28/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** EQUIPO PAGO EM CONTA. CA
PA INCLUSO TAXA SALA / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA

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