



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94025567**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94025567
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 08/02/2024 17:18	5 - Senha 94025567	6 - Data de Validade da Senha 09/04/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1510000001037639	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome MARIA APARECIDA GODOY OPENHEIMER
--

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 22/02/2024 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 videartroscopia de joelho esquerdo
--

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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
2- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
3- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
4- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 08/02/2024 / Conforme Unimed origem sinovectomia - Desfavoravel - pois conforme MAME MANUAL DE CONSULTA S DAS NORMAS DE Auditoria Medica e Enfermagem (MAME) MB.007 - Versao 20. Vigente para atendimentos prestados a partir de 1/1/2024: Pagamento da sinovectomia apenas em casos de doenca da sinovia ou quando associado a outro procedimento de cirurgia em qualquer articulacao, com comprovacao mediante anatomo-patologico executado. Sem patologia da sinovial descrit / 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 Guia no Prestador 94025567

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 94025567	4 - Senha 94025567	5 - Data da Autorização 08/02/2024 17:18	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94025567
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 1510000001037639	29 - Nome Social
8 - Nome MARIA APARECIDA GODOY OPENHEIMER	

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

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM DOR EM JOELHO ESQUERDO, COM PIORA PROGRESSIVA, ROTURA COMPLEXA DO MENISCO LATERAL, PRESENÇA DE PELO MENOS QUATRO CORPOS LIVRES INTRA ARTICULARES, LESÃO OSTEOCONDRALENCAMINHO videartroscopia de joelho esquerdo Conforme Unimed origem sinovectomia - Desfavoravel - pois conforme MAME MANUAL DE CONSULTAS DAS NORMAS DE Auditoria Medica e Enfermagem (MAME) MB.007 - Versao 20. Vigente para atendimentos prestados a partir de 1/1/2024: Pagamento da sinovectomia apenas em casos de doenca da sinovia ou quando associado a outro procedimento de cirurgia em qualquer articulacao, com comprovacao mediante anatomo-patologico executado. Sem patologia da sinovial descrit	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	76630471	CANULA DE DEBRIDACAO AT - 161 07 10 08 TIPO 07 4,5 X 120 MM , CM	1	,	1
	80777280105	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			,
2- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	,	1
	80743230025	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			,
3-				,	,
4-				,	,
5-				,	,
6-				,	,

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 08/02/2024 /Conforme Unimed origem sinovectomia - Desfavoravel - pois conforme MAME MANUAL DE CONSULTAS DAS NORMAS DE Auditoria Medica e Enfermagem (MAME) MB.007 - Versao 20. Vigente para atendimentos prestados a partir de 1/1/2024: Pagamento da sinovectomia apenas em casos de doenca da sinovia ou quando associado a outro procedimento de cirurgia em qualquer articulacao, com comprovacao me diante anatomo-patologico executado. Sem patologia da sinovial descrit / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA
--

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