



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89931067

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89931067			
4 - Data da Autorização 24/01/2023 10:15		5 - Senha 89931067		6 - Data de Validade da Senha 26/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 9750000017132676		8 - Validade da Carteira 31/01/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome PAULO DONIZETTI DA SILVA				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 DE OLIVEIRA QUEIROZ			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 17905
			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 28/01/2023 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 LESAO DE MENISCO PATELAR JOELHO ESQUERDO DOR E LIMITAÇÃO PARA ANDAR SEM MELHORA					
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	30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC			1 1
2- 98	08011081	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF			1 1
3- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR			1 1
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
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: 84218860963 em 24/01/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733103 INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA - pois sem sinais de instabilidade patelar descritos no laudo do exame apresentado . Caso Medico NÃO esteja de acordo solicitar como complemento para reanalise com a justificativa medica . / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA					
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

89931067

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89931067	4 - Senha 89931067	5 - Data da Autorização 24/01/2023 10:15	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89931067
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 9750000017132676	8 - Nome PAULO DONIZETTI DA SILVA
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
LESAO DE MENISCO JOELHO ESQUERDO- DOR E LIMITAÇÃO PARA ANDRA SEM MELHORA
LESAO DE MENISCO PATELAR JOELHO ESQUERDO DOR E LIMITAÇÃO PARA ANDRA SEM MELHORA
AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733103 INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA - pois sem sinais de instabilidade patelar descritos no laudo do exame

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 IMPLANTESORT					
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 84218860963 em 24/01/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PR OCEDIMENTO 30733103 INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA - pois sem sinais de instabilidade patelar descritos no laudo do exame apresentado . Caso Medico não esteja de acordo solicitar como complemento para reanalise com a justificativa medica . / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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