



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90018324

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90018324</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>31/01/2023 16:36</b>	5 - Senha <b>90018324</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>02/04/2023</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira <b>9750000017470741</b>	8 - Validade da Carteira <b>30/04/2023</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
10 - Nome <b>VERA LUCIA BROGGI</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde <b>706200548709469</b>

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>10.246.214/0001-04</b>		13 - Nome do Contratado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>28281</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>10.246.214/0001-04</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>02/03/2023 00:00</b>
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>

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) <b>9</b>
-------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
1- <b>22</b>	<b>30733065</b>	<b>REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	
2- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECACAO E/OU PLASTIA #</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
3- <b>98</b>	<b>08011081</b>	<b>PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
4- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de acomodação autorizada <b>1</b>
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>10.246.214/0001-04</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA</b>	
		44 - Código CNES <b>6528104</b>	

45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 31/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM//01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar//01 CAPA- incluso em taxa / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA			
---	--	--	--

46 - Data da Solicitação <input type="text"/>	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

90018324

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90018324</b>	4 - Senha <b>90018324</b>	5 - Data da Autorização <b>31/01/2023 16:36</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90018324</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>9750000017470741</b>	8 - Nome <b>VERA LUCIA BROGGI</b>
---	--------------------------------------

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

### 12 - Justificativa técnica

PACIENTE COM DOR EM JOELHO ESQUERDO HÁ MESES COM PIORA PROGRESSIVA, EVOLUI COM LESÃO DE MENISCO MEDIAL E LATERAL ASSOCIADO A LESÃO CONDIL. INDICO TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIDEOARTROSCOPIA M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM//01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar//01 CAPA- incluso em taxa

## 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		ARTROFIX COM DE MATERIAIS CIRURGICO					
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 31/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM//01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar//01 CAPA- incluso em taxa / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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