



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89933816

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89933816			
4 - Data da Autorização 24/01/2023 12:11		5 - Senha 89933816		6 - Data de Validade da Senha 28/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0261125510006002		8 - Validade da Carteira 31/03/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome ELAINE CRISTINA DO PRADO				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 25/01/2023 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 INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO					
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- 22	30733103	INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET			1 1
3- 22	30733073	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR			1 1
4- 22	30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO			1 1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO			1 1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR			1 1
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: 76879089968 em 24/01/2023 /AUTORIZADO PELA UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED BLUMENAU C OOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO					
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 - N°

89933816

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89933816	4 - Senha 89933816	5 - Data da Autorização 24/01/2023 12:11	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 89933816
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0261125510006002	8 - Nome ELAINE CRISTINA DO PRADO
---	---

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
AUTORIZADO PELA UNIMED DE ORIGEM

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do material	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
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- 00	70627657	PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLAC	1		1	
10208610040		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT				
3- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE	1		1	
80044680085		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT				
4-						
5-						
6-						

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 24/01/2023 /AUTORIZADO PELA UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED BLUMENAU COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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