



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89720279

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89720279			
4 - Data da Autorização 03/01/2023 08:59		5 - Senha 89720279		6 - Data de Validade da Senha 04/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 9941119259636000		8 - Validade da Carteira 31/12/2022		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome ALINE ROSA DE JESUS				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 ROBERTO GRANGE GASPARELLI			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 32428
			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 07/01/2023 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 N	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
28 - Indicação Clínica REVALIDACAO DA GUIA 89681753 PACIENTE ESTAVA COM COVID					
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 1- 22 2- 18 3- 18 4- <input type="text"/> 5- <input type="text"/> 6- <input type="text"/> 7- <input type="text"/> 8- <input type="text"/> 9- <input type="text"/> 10- <input type="text"/> 11- <input type="text"/> 12- <input type="text"/>	35 - Código do Procedimento 30733090 60000805 60024151 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	36 - Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE # - PROCEDIMENTO VIDEO DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	37 - Qtde. Solic. 1 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38 - Qtde. Aut. 1 1 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		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: 04753294900 em 03/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGU RADORA S/A					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

25 - Observações / Justificativa		
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04753294900 em 03/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGU RADORA S/A		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização