



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89721610

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89721610			
4 - Data da Autorização 03/01/2023 10:11		5 - Senha 89721610		6 - Data de Validade da Senha 07/03/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 1170000001797830		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome ANA MARIA ROSA MARTONI				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 MARCUS VINICIUS DANIELI			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 18734
			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 05/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 1		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	30733057	MENISCECTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO			1 1
2- 22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #			1 1
3- 98	08011081	PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORTE - ENF			1 1
4- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA			1 1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR			1 1
6- []	[]				[] []
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 03/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NORT E PIONEIRO COOPERATIVA 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°

89721610

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89721610	4 - Senha 89721610	5 - Data da Autorização 03/01/2023 10:11	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 89721610
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira	8 - Nome
1170000001797830	ANA MARIA ROSA MARTONI

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MARCUS VINICIUS DANIELI	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica	
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO	
INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO	
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM	

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: 76879089968 em 03/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED NOROESTE DO PARANÁ E PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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