



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

90154870

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90154870			
4 - Data da Autorização 13/02/2023 09:21		5 - Senha 90154870		6 - Data de Validade da Senha 23/04/2023	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira 0320000075261324		8 - Validade da Carteira 30/04/2023		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome PAULO RODRIGUES SAMPAIO				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 MARCO MAKOTO INAGAKI			15 - Conselho Profissional 06		16 - Número do Conselho 28767
			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 24/02/2023 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 Ruptura De Ligamentos Ao NÃ-vel Do Tornozelo E Do PÃ©					
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	30731119	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO			1 1
2- 22	30734045	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E OU PLASTIA (E			1 1
3- 22	30734053	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO - PR			1 1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO			1 1
5- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR			1 1
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"/> / <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: 04261365944 em 13/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITI BA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS					
46 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <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

90154870

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90154870	4 - Senha 90154870	5 - Data da Autorização 13/02/2023 09:21	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90154870
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0320000075261324	8 - Nome PAULO RODRIGUES SAMPAIO
---	--

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MARCO MAKOTO INAGAKI	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
PACIENTE COM QUADRO DE ARTRALGIA, IMPACTO ARTICULAR, LESÃµES OSTEOCONDRAIS E INSTABILIDADE ARTICULAR RECIDIVANTE EM TORNOZELO ESQUERDO, NECESSITA REVISÃ£O CIRÃºRGICA POR VIDEOARTROSCOPIA Ruptura De Ligamentos Ao NÃ-vel Do Tornozelo E Do PÃ©
AUTORIZADO CONFORME UNMED 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 00162477	CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000			2	,	2	,
80356130052	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
2- 00 00608459	PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIAD			1	,	1	,
80082910131	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
3- 00 71876561	ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 - A			2	,	2	,
80083650063	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
4-					,		,
5-					,		,
6-					,		,

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 13/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CURITI
BA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

26 - Data da Solicitação

| | | | | / | | | | | / | | | | |

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização