



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**90071437**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>90071437</b>			
4 - Data da Autorização <b>06/02/2023 07:50</b>		5 - Senha <b>90071437</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>18/04/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>8650002159326012</b>		8 - Validade da Carteira <b>28/02/2023</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>CLEIDE NASCIMENTO DE LIMA</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde <b>701001842348399</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>BRUNO BOSIO DA SILVA</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>32301</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>18/02/2023 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 LESAO MANGUITO ROTADOR					
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>30735068</b>	<b>RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP</b>			<b>1 1</b>
2- <b>22</b>	<b>30735084</b>	<b>RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC</b>			<b>1 1</b>
3- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>			<b>1 1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>			<b>1 1</b>
5- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>			<b>1 1</b>
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="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: 04753294900 em 06/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL					
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

90071437

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90071437</b>	4 - Senha <b>90071437</b>	5 - Data da Autorização <b>06/02/2023 07:50</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90071437</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>8650002159326012</b>	8 - Nome <b>CLEIDE NASCIMENTO DE LIMA</b>
---	--

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>BRUNO BOSIO DA SILVA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica LESAO MANGUITO ROTADOR LESAO MANGUITO ROTADOR AUTORIZADO CONFORME 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	23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- <b>00</b> <b>80777280006</b>	<b>00590045</b>	<b>LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306</b>		<b>2</b>		<b>2</b>		
2- <b>00</b> <b>80083650087</b>	<b>78890578</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>		<b>3</b>		<b>3</b>		
3- <b>00</b> <b>80371250020</b>	<b>00241202</b>	<b>TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009</b>		<b>2</b>		<b>2</b>		
4- <b>00</b> <b>80743230002</b>	<b>00596221</b>	<b>GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M</b>		<b>1</b>		<b>1</b>		
5- <b>00</b> <b>81130100013</b>	<b>00619817</b>	<b>EQUIPO DE IRRIGACAO TIPO PERFURADOR VOLMED 2VIAS AEQU 05</b>		<b>1</b>		<b>1</b>		
6- <b>101068301</b> <b>80743230075</b>		<b>CANULA DISSECTORA BIPOLAR RF - ELBART007 - ART BEVEL 3,0</b>		<b>1</b>		<b>1</b>		

24 - Especificação do material
--------------------------------

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04753294900 em 06/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACI ONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL
---

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