

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91222248

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 91222248 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 17/05/2023 11:44 91222248 25/07/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 9941984524617014 30/06/2023 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome KAMILA MENESES FREIRE REI Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA** 225270 06 28281 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 15/06/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 s Ν 1 28 - Indicação Clínica M232 TRÂNST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30733065 REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 2- 22 30733049 OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA # 1 3- **98** 08011080 PCT ARTROSCOPIA DE JOELHO UNIORT - APT 4- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 11-12-___ I I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



91222248

Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
343269	91222248		91222248	17/05/2023 11:44		91222248
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
9941984524617014						
8 - Nome						
KAMILA MENESES FR	EIRE REI					
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	- E-mail		
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA					
Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica						
PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO TARDIO E EVOLUI COM ROTURA DE MENISCO LATERAL ASSOCIADO A CONDROPLASTIA COM DOR INTENSA, LIMITAÇÃO FUNCIONAL. INDICO TRATAMENTO CIRURGICO COM VIDEOARTROS¢ M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate			6 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Euncionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET		1		_ 1	,
80777280006		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_, _ _ _			1111/111
2- 00 00116700	CANETA ABLACAO RF STRI	IPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 _	_ 1	_ _ , _	_ 1	_ ,
80743230025	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 00 78898676		AO DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D	_ 3		_ 3	_ ,
80044680449	ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- _ _ _ _ _			_	_	_	_ _ _ ,
5-	 	- -			 -	
			_,	_,		1-1-1-171-1-1
6- _			_ _ _	_		_ ,
			_ _ _ _	_	_ _	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	- Additional delicition of the state of the			pola / latorização		