



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89841302

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89841302
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 16/01/2023 11:26	5 - Senha 89841302	6 - Data de Validade da Senha 18/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 1680000003102883	8 - Validade da Carteira 31/07/2023	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

10 - Nome MARIA EDUARDA HINSELMANN VETRONE	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 20/01/2023 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 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 TENDÃO - 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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12- <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: 04261365944 em 16/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED FRAN CISCO BELTRAO			
---	--	--	--

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

89841302

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89841302	4 - Senha 89841302	5 - Data da Autorização 16/01/2023 11:26	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89841302
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 1680000003102883	8 - Nome MARIA EDUARDA HINSELMANN VETRONE
---	---

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 INSTABILIDADE ARTICULAR POR LESÃO LIGAMENTAR HÃ; 40 DIAS EM TORNOZELO ESQUERDO, POSSUI INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO POR VIDEOARTROSCOPIA Ruptura De Ligamentos Ao NÃ-vel Do Tornozelo E Do PÃ© 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	78890578	ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN	1	2		2	
80083650087	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
2- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306	1	2		2	
80777280006	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
3- 78632951	PONTEIRA DE ABLACAO RF - ELBART004	1	1			1	
80743230009	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						
4- 1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1
5- 1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1
6- 1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 04261365944 em 16/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED FRAN CISCO BELTRAO
--

26 - Data da Solicitação 16/01/2023	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---