

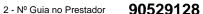
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90529128

(Via HOSPITAL)

[4. Builder AND	11/	At 21 - 7 1		L								
1 - Registro ANS 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3 - 3	Número da Guia	Atribuido p	oela Opera	dora			90529	128				
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de Valid		l						
17/03/2023 16:	40	90	529128		28/0	5/2023						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira		9 - 7	Atendimento	de RN	\neg			
9941073253255011	30/11	/2022		N								
50 - Nome Social												
10 - Nome SOLANGE SILVA DE ANDRADE												
Dados do Contratado Solic	itante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	lome do Co ORT E O		SPECIAI	LIZADA	LTDA					
												18 - Código CBO
BRUNO BOSIO DA SIL					06 32			32301 41			225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação												
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21 - Data sugerida para Internação 01/04/2023 00:00												
22 - Caráter do Atendimento										7 - Previsão de uso de Quimioterápico		
1	C	smação	Z4 - Regim	1	25 - Qiù	1	Jolicitadas	20 - 1 160	S		Tevisão de	N
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (o			ional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Soli	citados										
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30736064 2- 22 30736056 3- 22 30736048 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	o Procedimento	FRA REC OST DIA	CONSTRI TEOCON RIA DE	REDUCAO E UCAO, RETEN DROPLASTIA QUARTO COL AXA DE APARI	CIONAN - ESTAB ETIVO D	MENTO (BILIZAC <i>i</i> DE 2 LEIT	DU REFOR AO, RESSE FOS COM I	CO DE ECCAO BANHE	LIGAMENTO E/OU PLAST IRO PRIVATIV	RO 1 #-P 1 A (E 1 /O 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde [Diárias Auto 1	orizadas 41 -	- Tipo de A	Acomodaç	ão autorizada	1				
									44 - Código CNES 6528104			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/03/2023 /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												



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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 90529128 90529128 17/03/2023 16:40 90529128 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9941073253255011 8 - Nome **SOLANGE SILVA DE ANDRADE** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **BRUNO BOSIO DA SILVA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 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 72244496 PARAFUSO PDR 3.0MM - 229-30-14 - PARAFUSO PDR 3.0X4.0X14 MM S 10247700097 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 00241202 TROCATER ARTROSCOPICO 8.25X90MM PARTRO009 80371250020 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 76621995 CANULA DE DEBRIDACAO AT - 161 12 10 08 TIPO 12 4,5 X 120 MM, CM 80777280105 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 00110116 **CANETA PARA ABLACAO RF CAP SH 90 200** 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |__|_|,|__| 5- 00 76221229 ANCORA EM PEEK COM INSERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 10247700123 6-24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/03/2023 /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