

### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94642868

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núm	ero da Guia Atr	buído pela Opera	adora		9464	12868				
4 - Data da Autorizaçã				dade da Senha	7	.2000					
04/04/2024 09:32		94642868		03/06/202	ı						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			11	lidade da Carteira	9	- Atendimento					
00500000048298	94		28/0	9/2025		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome SYDNEI DIAS DOS SANTOS											
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 Profissio			RA		15 - Col	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Consel 19475			onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital /	Local Solid	titado / Dados	da Internação							1	
19 - Código na Operad	lora / CNPJ	20 -	Nome do Hospita	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-	04	UN	IORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	TDA			10/04/2	2024 00:0	00
22 - Caráter do Atendim  1	ento 23	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção 24 - Regim	24 - Regime de Internação 25 - 0		Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pi		Previsão de uso de OPME S		Previsão de uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica LESAO DO AMNGU	'' <u></u>										
29 - CID 10 Principal (	opcional)	30 - CID 10(2	) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - Cl	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	doença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Ite											
34 - Tabela 35 - C		ocedimento	36 - Descrição		CEDIMENTO V	IDEOARTR	റെ	PICO DE OMBR		- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. <b>1</b>
2- 22 3073								/IDEOARTROSC			1
3- <b>22</b> 3073	5084		RESSECCA	O LATERAL D	A CLAVICULA	- PROCED	IMENT	O VIDEOARTRO	SC 1		1
4- 22 3073								IMENTO VIDEO			1
5- 18 60000 6- 18 60000				ACOMPANHAN				A IEIRO PRIVATIV	2 O 2		2 2
7- 18 60024								RTROSCOPIA F	_		1
8-   _      _	_  _								_	_	_
9-   _	_  _								_	_	
10-  _	-									_	
11-         _   12-	-lll -l l l	-   							_ 	_	 
	-111	-!!!							I_	_!!!	
Dados da autorizaçã  39 - Data provável da		ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acomod	ação autorizad	da				
, p			2	1	.,,	-,					
42 - Código na Operad 10.246.214/0001-		J autorizado		ospital / Local Auto		A LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Just	ificativa							4 DIGO = 5 11 = 1			
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR											
46 - Data da Solicitaçã	0	A7 Assiss	atura do Profissio	nal Solicitanto 1	48 - Assinatura do	Reneficiório	ni Poss	oneável 40 Ass	natura da	Pagnanaán	el pela Autorização
Data da Sullutaçã	•	+1 - Maailia		inai concitatite   '	Assinatura UC	Doniellolano (	o ivesho	1134 - WSS	natura u0	responsal	oi poia nuiviização



Unimed A

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Gui	a atribuído pela Operadora		
343269		94642868		94	1642868	04/04/2024 09:32		94642868		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social										
0050000004829894										
8 - Nome										
SYDNEI DIAS DOS SA	NTOS									
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						1 - E-mail				
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA									
Dados da cirurgia					, _					
12 - Justificativa técnica LESAO DO AMNGUITO RO LESAO DO AMNGUITO RO										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do l 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição	ial na fabricanta				ado 19 - Qtde. Au	torizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- <b>00 71502718</b>		22 - Referência do mater	ERKNOTTM - 912015 ANCORA		utonzação 3	de Funcionamento	3	_ _ , _		
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO		111		,, 3				
2- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB I				_  _ 2		2				
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO	COSLTDA	111		. –	1-1-1-171-1-1			
3- 00				1		1				
80743230025		ARTHROM COMERC	OO DE IMPLANTESORTOPEDIO	COSLTDA   _	_  _		•			
4- 00 00241202	TRO	CATER ARTROSCOPICO	8,25X90MM PARTRO009		1	,	1	,		
80371250020		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO	COSLTDA  _ _	_	_ _ _				
5- <b>00712639</b>	GAI	NCHO COMPRESSAO SU	TURA BIP 742010000	<u>  </u>	1	,	1	,		
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO	COSLTDA   _	_	_ _ _ _				
6- <b>00151360 10216350077</b>	EQU	JIPO P/IRRIGACAO 4VIAS	G (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM	c) <u> </u>	1	_ _ _ ,	1	,		
24 - Especificação do Material	1				_  _	_ _ _ _ _ _ _  				
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR										
,		•								
	11			1						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - As	sinatura do	Responsável pela Autorização				



Unimed A

# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 0050000004829894 8 - Nome SYDNEI DIAS DOS SANTOS Dados do Profissional Solicitante	- 11	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
7 - Número da Carteira 005000004829894  8 - Nome SYDNEI DIAS DOS SANTOS  Dados do Profissional Solicitante	343269		94642868		94642868	04/04/2024 09:32	9464286				
005000004829894 8 - Nome SYDNEI DIAS DOS SANTOS Dados do Profissional Solicitante	Dados do Beneficiário										
8 - Nome SYDNEI DIAS DOS SANTOS Dados do Profissional Solicitante	7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
SYDNEI DIAS DOS SANTOS  Dados do Profissional Solicitante	0050000004829894										
Dados do Profissional Solicitante	8 - Nome										
	SYDNEI DIAS DOS SANTOS										
9 - Nome do profissional solicitante	Dados do Profissional Solicitant	е									
	9 - Nome do profissional solicitante	•		10 - Telefone	11	1 - E-mail					
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	DANIEL FERREIRA FERNA	ANDES VIEIRA									
Dados da cirurgia	Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica		TOD									
LESAO DO AMNGUITO ROTATOR LESAO DO AMNGUITO ROTATOR											
OPME Solicitadas	OPMF Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizada 20 - Valor Unitári		rial 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 -	- Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento	21 - Registro ANVISA do Material			rial no fabricante							
7- 76221474 ANCORA EM PEEK COM INSERSOR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO   1         1           1		ANG			_  1	_ _ _ ,	_  1  _	_ _ , _			
10247700123 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA							
8-	8-	-				_	_	_ _ _ ,			
<u>                                     </u>		_		-		_ _ _ _	_ _				
<sup>9-</sup>	<sup>3-</sup>	-    					_	_ _ _ ,			
10-	10-		1-1-1-1-1-1-1-								
							-ı ı <u></u> ıı ı- _ _				
11-	11-					_	_	_ _ _ ,			
		_				_ _ _ _	_ _				
12-	12-					_	_	_ _ ,			
	<u> </u>										
24 - Especificação do Material	24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa	25 Observação / Justificativo										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/04/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DO IAPAR											
			•								
OC Date to Collision 7.	OC. Data da Callidra A.	107 Application 1.5	effectional Callate et a		00 4	December 1 and A 1 2 and					
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	zo - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	orissional Solicitante		28 - Assinatura do	n Kesponsavei pela Autorização					