

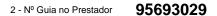
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95693029

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia A	Atribuído pela Operad	ora						
343269			9569	3029				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 04/07/2024 08:56	95693029	6 - Data de Validade da \$ 02/	Senha (09/2024					
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	11	dade da Carteira	9 - Atendimento	de RN				
005000001680440	12/07/	/2026	N N					
50 - Nome Social								
10 - Nome IVONE CAVALCANTI DE CAMPOS								
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Cor							
10.246.214/0001-04	UNIORT E OF	RTOPEDIA ESPECIA						
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VI	EIRA		15 - Conselho Profissio 06	onal 16 - Número do C 19475	onselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dado	s da Internação							
, i	0 - Nome do Hospital		7ADA TD4		21 - Data sugerida para Internação			
		PEDIA ESPECIALIZ		-	15/07/2024 00:00			
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Interior C	nação 24 - Regime	de Internação 25 - Q	tde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OP	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico N			
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10	(2) (opcional) 31	- CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcior	nal) 33 - Indicação de A	voidente (acidente ou doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solici	tados				·			
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento	36 - Descrição				37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.			
1- 22 30735033				OSCOPICO DE OMBR				
2- 22				:NTO VIDEOARTROS(MENTO VIDEOARTRO				
4- 22 30735092				OCEDIMENTO VIDEO				
5- 18 60000805	DIARIA DE C	QUARTO COLETIVO	DE 2 LEITOS COM	BANHEIRO PRIVATIV	0 2 2			
6- 18 60024151	ALUGUELTA	XA DE APARELHO	EQUIPAMENTO PA	ARA ARTROSCOPIA I	PAR 1 1			
7-					_			
9-								
10-								
11-					_ _ _			
Dados da autorização								
	0 - Qtde Diárias Autor	rizadas 41 - Tipo de	Acomodação autorizad	а				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		spital / 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 04/07/2024 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular : IVONE CAVALCANTI DE CAMPOS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização								
46 - Data da Solicitação 47 - Ass	ınatura do Profissiona	ai Solicitante II 48 - Assi	natura do Beneficiário o	u kesponsável 49 - Ass	sinatura do Responsável pela Autorização			



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

Unimed A

					_	
	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	0500000	·	6 - Número da Guia atribuído	
343269	95693029		95693029	04/07/2024 08:56		95693029
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000001680440						
8 - Nome						
IVONE CAVALCANTI D	E CAMPOS					
Dados do Profissional Solicit	tante					
9 - Nome do profissional solicit	ante	11	- E-mail			
DANIEL FERREIRA FER	RNANDES VIEIRA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO RUPTURA DO MANGUITO Sem cobertura contratual pa		vitalar!				
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do M				Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00241202	TROCATER ARTROSCOPICO	•			_ 1	_ ,
80371250020		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-		
2- 00712639 80356130057		GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000			_ 1	_ ,
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		-		
3- 00 00499293 80356130052		CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 2	_ ,
4- 00 00116700		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200				
80743230025				_ 1	_ _ , _	
5- 00 00151360		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 6 (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)			_ 1	_ _ ,
10216350077	EQUILO I /IIIIIIGAGAG TVIA	(OIOTOZAMIM - IKKIOAZAMIM O)	'		-1 '	
6-					_	_ _ ,
			·	-I	-1	IIIII
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
	372-0900 / Emitido em 04/07/2024 /Sem cobertura con	ratual para Materiais e Medicamentos FORA de /			INTI DE CAMPOS	
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		