

GUIA DE SOLICITAÇÃO 93307651 2 - Nº Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO (Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93307651 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 93307651 27/11/2023 14:50 26/01/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000037320060 01/01/2026 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome RENATA MARIA DA SILVA KAGUIAMA Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 17 - UF **DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA** 225270 06 19475 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 30/11/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C 1 2 S Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 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 30734010 SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORN 2- **22** 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 3- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 4- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 5- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 6- |__|_| 8- |__|_| 9- |__|_| 10-| | | 11-12-I I I II I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 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 27/11/2023 / (1X) EQUIPO 4 VIAS - TRATA-SE DE MATERIAL DE CONSUMO - PAGO EM CONTA HOSPITALAR. / E mpresa / Titular: KAGUIAMA E KAGUIAMA LTDA

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 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenc	ciada 93307651	4 - Senha	93307651	5 - Data da Autorização 27/11/2023 14:50	6 - Número da Guia atribuído	pela Operadora 93307651
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 29 - Nome Social							
0050000037320060							
8 - Nome							
RENATA MARIA DA SI	LVA KAGUIAMA						
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	- E-mail		
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇAO CLÍNICA EM ANEXO (1X) EQUIPO 4 VIAS - TRATA-SE DE MATERIAL DE CONSUMO - PAGO EM CONTA HOSPITALAR.							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 4	
1- 00 71502718 80044680086	ANC		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVE SIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,
2- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	\		1	
80743230025	CAN		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1—1	_ -	_ '	,
3- 00 00499293	CAN		O OB F 2,9X5,5MM 892350000	·		2	,
80356130052	OAI.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	ı—ı —		_I *	i
4- 74764977	CAN	NULA PARA ARTROSCOP	PIA VOLMED - 6,5 MM X 70 MM	1		_ 1	,
81130100009		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	·		_ .	
5- _				_ _	_	_	_ ,
	_ _ _ _			_ _ _ _	_	_ _	
6- _	_ _ _			_ _	_	_	,
						_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/11/2023 / (1X) EQUIPO 4 VIAS - TRATA-SE DE MATERIAL DE CONSUMO - PAGO EM CONTA HOSPITALAR. / Empresa / Titular: KAGUIAMA E KAGUIAMA LTDA							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		