

### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92423887

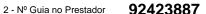
(Via HOSPITAL)

1 Degistre ANS	Número do Cuia	Atribuído polo	Operadore								
1 - Registro ANS 3 - 3	Número da Guia <i>i</i>	Atribuldo pela	Operadora		9242	3887					
4 - Data da Autorização	5 - Senha	00400	- 11	Validade da Senh	ı						
04/09/2023 12: Dados do Beneficiário	02	92423	0007	03/11/2	023						
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Carl	eira	9 - Atendimento	de RN					
0050000001146281			01/05/2025		N						
50 - Nome Social											
10 - Nome ALAIDE DEDELDA DO NASCIMENTO											
ALAIDE PEREIRA DO NASCIMENTO  Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome	e do Contratado								
10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORTOPEDIA	A ESPECIALIZ	ADA LTDA						
14 - Nome do Profissional So BRUNO BOSIO DA SIL				15 - <b>06</b>	Conselho Profissio	16 - Número do 32301	Conselho 17 - UF 18 - Código (	СВО			
Dados do Hospital / Local S		os da Internac	cão								
19 - Código na Operadora / C			Hospital / Local Solid	citado			21 - Data sugerida para Internação	5			
10.246.214/0001-04	ι	JNIORT E	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZAD	A LTDA		09/09/2023 00:00				
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inter	rnação 24 -	Regime de Internaçã <b>1</b>	o 25 - Qtde. [	viárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de C	PME 27 - Previsão de uso de Quimiote N	erápico			
28 - Indicação Clínica ARTROPATIA MANGUITO											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opc		0(2) (opcional)	ional) 31 - CID 10(3) (opcional)		- CID 10(4) (opcion	al) 33 - Indicação de	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacion <b>9</b>				
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados									
34 - Tabela     35 - Código d       1- 22     30732026       2- 22     30717167       3- 22     30717027       4- 18     60000805       5-	o Procedimento	TRANS ARTRO DIARIA	RTO OSSEO SFERENCIAS MU DPLASTIA ESCA A DE QUARTO C	PULO UMERA	L COM IMPLAN	MBRO - TRATAMEN NTE - TRATAMENTO BANHEIRO PRIVAT	CIR 1 1	_l _l _l _l _l _l _l			
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	10 - Qtde Diária	ias Autorizadas	1	modação autorizada	a					
42 - Código na Operadora / C	CNPJ autorizado	43 - Nome	e do Hospital / Local	Autorizado			44 - Código C	NES			
							6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emi										
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do Pro	ofissional Solicitante	II 48 - Assinatur	a do Beneficiário ou	u Responsável 1 49 - A	ssinatura do Responsável pela Autoriza	acão			



# 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 Guia atribuído pela Operadora	
343269		92423887			92423887	04/09/2023 12:02		92423887
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000001146281								
8 - Nome								
ALAIDE PEREIRA DO N	IASCIMENTO							
Dados do Profissional Solicit								
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone		1	1 - E-mail		
BRUNO BOSIO DA SILV	/A							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica ARTROPATIA MANGUITO F ARTROPATIA MANGUITO F								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mater 1- <b>74885006</b>		22 - Referência do mate TEMA DE OMBRO REVER		VI 44E2C2 INCEDT	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
80044680228	313						_  1	_ _ , _
2- 00934780	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPE SISTEMA OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE PLACA						1	,
80044680228	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT				<u>'</u> ''		-ı ·	1-1-1-1-111-1-1
3- <b>74884689</b>					1		1	_ ,
80044680228			O DE IMPLANTESOR		 			
4- <b>74884867</b>	SIS	TEMA DE OMBRO REVER	SO COMPREHENSIVE	- 115313 GLENOSFE	<u>  1</u>	_ _ ,	_  1	_ _ ,
80044680228		ARTHROM COMERC	O DE IMPLANTESOR	TOPEDICOSLTDA				
5- 00936391	SIS	TEMA OMBRO REVERSO	<b>COMPREHENSIVE BA</b>	NDEJA UMERAL PA	1	,	_  1	_ _ , _
80044680228		ARTHROM COMERC	O DE IMPLANTESOR	TOPEDICOSLTDA		_ _ _		
6- 74885103	SIS	TEMA DE OMBRO REVER				_ _ _ ,	_  1	,
80044680228		ARTHROW COWER	CIO DE IMPLANTESOR	TOPEDICOSLIDA				
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 04/	09/2023 / Empresa / Titular:	ALAIDE PEREIRA DO NA	ASCIMENTO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	o 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 92423887 92423887 04/09/2023 12:02 92423887 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000001146281 8 - Nome **ALAIDE PEREIRA DO NASCIMENTO** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **BRUNO BOSIO DA SILVA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica ARTROPATIA MANGUITO ROTADOR ARTROPATIA MANGUITO ROTADOR **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 72397888 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G 10243070062 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72466103 ANCORA COM APLICADOR DESCARTAVEL - 2831-050/ 39.44.04.00050 -10417940137 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 74884506 SISTEMA DE OMBRO REVERSO COMPREHENSIVE - 180557 PARAFUSO 9- 00 80044680228 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/09/2023 / Empresa / Titular: ALAIDE PEREIRA DO NASCIMENTO 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 26 - Data da Solicitação 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização