

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95025944

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N	úmero da Guia A	tribuído pela Op	eradora								
343269					9502	5944					
4 - Data da Autorização 07/05/2024 10:5	5 - Senha	9502594	6 - Data de Valid	dade da Senha 06/07/2 (24						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		t I	Validade da Carteira		9 - Atendimento	de RN					
0050000014561606		29	/06/2026		N						
50 - Nome Social											
10 - Nome ROSINET DA SILVA DE ABREU											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		13 - Nome do	ORTOPEDIA E	SPECIALIZA	DA LTDA						
14 - Nome do Profissional Solid	citante				onselho Profissio	onal 16 - Númer	ro do Conselh	o 17 - UF	18 - Código CBO		
DANIEL FERREIRA FER	RNANDES VI	EIRA		06		19475		41	225270		
Dados do Hospital / Local So											
19 - Código na Operadora / CN 10.246.214/0001-04	11		pital / Local Solicitad TOPEDIA ESPE		LTDA		11	Data sugerida pa)5/2024 00:0 0	-		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interr	nação 24 - Re	gime de Internação	25 - Qtde. Di	irias Solicitadas	26 - Previsão de uso	de OPME 2	27 - Previsão de u	so de Quimioterápico		
1	С		1		3	S			N		
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUITO	ROTADOR								•		
29 - CID 10 Principal (opcional)		(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	sional) 32 -	CID 10(4) (opcion	nal) 33 - Indicaçã	ão de Acidente	e (acidente ou de 9	pença relacionada)		
Procedimentos ou Itens Assi 34 - Tabela 35 - Código do		36 - Descriç	ăo					37 - Qtde. Solid	:. 38 - Qtde. Aut.		
1- 22 30735033			PLASTIA - PRO					1	1		
2- 22 30735068 3- 22 30735084			A DO MANGUITO SAO LATERAL D					1	1		
4- 22 30735092			IIA DA PORCAO			OCEDIMENTO V	IDEOART	1	1		
5- 98 08011961 6- 18 60000805		_	ROSCOPIA DE O E QUARTO COL	_		BANHEIRO PRI	VATIVO	1	1 2		
7- 18 60024151			TAXA DE APAR	_		_	_	1	1		
8- _									_ _ _		
9-	_ 										
11-	 								_ _		
12-											
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão	o hospitalar 40	0 - Qtde Diárias <i>I</i> 3	Autorizadas 41 1	- Tipo de Acom	odação autorizad	a					
42 - Código na Operadora / CN	NPJ autorizado	11	Hospital / Local Aut		DALTDA			- 11	44 - Código CNES		
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/05/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA ASSEMUR											
46 - Data da Solicitação	47 - Assi	natura do Profiss	sional Solicitante	48 - Assinatura	do Beneficiário o	u Responsável 4	19 - Assinatura	do Responsáve	I pela Autorização		



Unimed A

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

			-			
1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenc	oiada 95025944	4 - Senha	95025944	11	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95025944
Dados do Beneficiário						1
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social				
0050000014561606		25 Home Coolai				
8 - Nome ROSINET DA SILVA DI	E ABREU					
Dados do Profissional Solid	itante					
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone		1 - E-mail	
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO RUPTURA DO MANGUITO						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição	ial a fabricanta			citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do mater	ial no fabricante ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIV		o de Funcionamento	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI			_ 3
		O OB F 2,9X5,5MM 892350000			_ 2	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	I—I —		_ 2
			PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI			
- 00 00241202 TROCATER ARTROSCOPICO					1	
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI) <u> </u>			
5- 00712639	GAN	ICHO COMPRESSAO SU				_ 1 _ _ , _
80356130057			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	DA		
6- 76221474	ANC		ERSOR - GMREIS - 320-475191-PE4 - A			_ 1 _ _ , _
10247700123		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	 DA _ _ _ _		
24 - Especificação do Materia 25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3 26 - Data da Solicitação	372-0900 / Emitido em 07/0		ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNIC		IUR	
20 - Dala da Sulicitação	21 - Assinatura do Pro	moonina onintalle		Zo - Assinatura d	io iveshorisavei heia Antolizačao	



2 - Nº Guia no Prestador

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 95025944 95025944 07/05/2024 10:54 95025944 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000014561606 8 - Nome **ROSINET DA SILVA DE ABREU** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO 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 7- 00 00151360 **EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)** 10216350077 |__|_|,|__| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/05/2024 / Empresa / Titular: ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ROLANDIA ASSEMUR 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização 26 - Data da Solicitação