

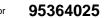
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95364025

(Via HOSPITAL)

4 - Dust or Authorospinal   10-200	1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da	Guia Atribuíd	o pela Opera	adora			95364	1025				
Security	1	11		5364025	6 - Data de Vali								
Solution													
10 - Notice   10 - Octobre   10 -	†			8 - Va	llidade da Carteira	a	9		de RN				
TRAGO HENRIQUE BISCAIM  Diados do Contratacio Solicitarie  12-2-6 degra no Caprandora  10-2-6 21-40001-04  INIORTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  16- Conselho Professional  Diados do Happital / Local Solicitado/  10-2-6 diago no Robrador / CINT /  10-2-6 21-40001-04  INORTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  21- Diados do Happital / Local Solicitado/  10-2-6 Cadidar do Anadramino  23- Tro de terrangão  23- Tro de terrangão  23- Tro de terrangão  23- Tro de terrangão de Happital / Local Solicitado/  RIPTURA DO MANGUITO ROTADOR  Procedimentos ou litera Associenciais Solicitados  31- Tablesa 35- Codego do Procedimento  33- Descrição  31- Tablesa 35- Codego do Procedimento  32- Descrição  31- Tablesa 35- Codego do Procedimento  32- Descrição  31- Tablesa 35- Codego do Procedimento  32- Descrição  33- Tablesa 35- Codego do Procedimento  33- Tablesa 35- Codego do Procedimento  33- Tabl								IN .					
TRAGO HENRIQUE BISCAIM  Diados do Contratacio Solicitarie  12-2-6 degra no Caprandora  10-2-6 21-40001-04  INIORTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  16- Conselho Professional  Diados do Happital / Local Solicitado/  10-2-6 diago no Robrador / CINT /  10-2-6 21-40001-04  INORTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  21- Diados do Happital / Local Solicitado/  10-2-6 Cadidar do Anadramino  23- Tro de terrangão  23- Tro de terrangão  23- Tro de terrangão  23- Tro de terrangão de Happital / Local Solicitado/  RIPTURA DO MANGUITO ROTADOR  Procedimentos ou litera Associenciais Solicitados  31- Tablesa 35- Codego do Procedimento  33- Descrição  31- Tablesa 35- Codego do Procedimento  32- Descrição  31- Tablesa 35- Codego do Procedimento  32- Descrição  31- Tablesa 35- Codego do Procedimento  32- Descrição  33- Tablesa 35- Codego do Procedimento  33- Tablesa 35- Codego do Procedimento  33- Tabl													
17 Control   17 Contro													
12.4 (140001-04   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código CBO DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código CBO DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA   16 - Número do Conselho   19475   19													
Dados do Hospini / Local Solicitado / Diados da Internação 10-246, 214 0001-04 10 (20 - Nome do Hospini / Local Solicitado) 10 (24 - Carider do Alendimento   23 - Topo de Internação   24 - Regime de Internação   25 - Caldo Alendimento   25 - Topo de Internação   26 - Otro Policitado   26 - Otro Policitado   27 - Previsão de uso de O'PNE   28 - Previsão de uso de O'PNE   27 - Previsão de uso de O'PNE   28 - Previsão de uso de O'PNE   27 - Prev	1		- 11			SPECIA	ALIZADA	LTDA					
Datios do Mospital / Local Solicitado / Datios da Internação 19 - Código na Operadora (CNP1) 20 - Nome de Hospital / Local Solicitado 21 - Caráter do Alendimanto 22 - Caráter do Alendimanto 23 - Todo de Internação 23 - Todo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Caráter do Alendimanto 2 - Todo de Internação 2 - Caráter do Alendimanto 2 - Todo de Internação 2 - Todo de Internação 2 - Todo de Internação 2 - Previsão de uso de OPME 3 - Todo de Acidente ou docença relacionado) 3 - Tabela   35 - Código de Procedimento 3 - Tabela   35 - Código de Procedimento 3 - Todo   35 - Descrição 3 - Tabela   35 - Código de Procedimento 3 - Todo   35 - Descrição 3 - Tabela   35 - Código de Procedimento 3 - Todo   35 - Descrição 3 - Tabela   35 - Código de Procedimento 3 - Todo   37 - Cido   Solic   38 - Cido   Alendimanto   Alendima	1					- 11		elho Profissio	- 11		Conselho	H	"
19- Cofdgo na Operadora (CNP)   20- Nome do Hospital Fluoris Solicitados   21- Data sugerida para Internação   1506/2024 00:00   1506/20							06		[1	19475		41	225270
23 - Clip 10 Principal (opcional)  23 - Indicação Ciliaco RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR  23 - Indicação Ciliaco RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR  24 - Regime de Internação 1 1 2 3 - CiD 10(4) (opcional) 25 - 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 relucionada) 9  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 9  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 2 - 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 2 - 22 30735088 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 4 - 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 4 - 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 4 - 19 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10				•	al / Local Solicitad	do					21 - Data	a sugerida į	para Internação
1	10.246.214/0001-04		UNIOF	·			ZADA LTDA			15/06/		/2024 00:00	
23 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidemte ou doença relacionada) 9  Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição 37 - Orde Solicitados 36 - Descrição 37 - Orde Solicitados 36 - Descrição 37 - Orde Solicitados 38 - Orde Aut. 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1	23 - Tipo o	•	24 - Regim	•	25 - Qt		Solicitadas	26 - Previ		PME 27 -	Previsão de	·
29 - CID 10 Principal (opdional)   30 - CID 10(2) (opdional)   31 - CID 10(3) (opdional)   32 - CID 10(4) (opdional)   33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)   9		ITO ROTADO	OR.										
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados  34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.  1 - 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2 - 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3 - 98 08011961 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENF - UNIORTE 1 1 4 - 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 5 -	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)												
1 - 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2 2 2 2 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3 3 98 08011961 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENF - UNIORTE 1 1 1 4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Procedimentos ou Itens	Assistenciais	Solicitados										
39 - Data provável da Admissão hospitalar  1	1- 22 3073503 2- 22 3073506 3- 98 0801196 4- 18 6002415 5-	3 8 1	A) R) P(	CROMIOP UPTURA E CT ARTRO LUGUELT	DO MANGUITO DSCOPIA DE C AXA DE APAR	O ROTAL OMBRO RELHO /	DOR - PR - ENF - U EQUIPA	OCEDIMEI NIORTE MENTO PA	NTO VII	DEOARTROS	RO 1 COP 1 1	7 - Qtde. So	1 1 1
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. TAXA DE APARELHO EQUIPAMENTO PARA ARTRO SCOPIA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS		issão hospital	ar 40 - Qtd	e Diárias Aut	torizadas 41	l - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	1				
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   6528104     45 - Observação / Justificativa   Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. TAXA DE APARELHO EQUIPAMENTO PARA ARTRO SCOPIA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS		1212											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. TAXA DE APARELHO EQUIPAMENTO PARA ARTRO SCOPIA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS													
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													



## 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 Guia atribuído pela Operadora 05/06/2024 15:03			
343269	95364025			95364025				95364025		
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0320000087442108										
8 - Nome										
TIAGO HENRIQUE BISCAIM										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone						l - E-mail				
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO RUPTURA DO MANGUITO AUTORIZADO CONFORME	ROTADOR	AXA DE APARELHO EQUIP	AMENTO PARA ARTROSCOPIA	A JUSTIFICAR EM C	ONTA HOSPITALA	R				
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição			16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autoriza	ida 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater	ial no fabricante		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00241202	TRO	TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009			1	,  ,	_  1	,		
80371250020		ARTHROM COMERO	IO DE IMPLANTESORTOPED	DICOSLTDA		_ _ _				
2- 00 00712639	GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000				1	_ _ _ ,	_  1	,		
80356130057	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA									
3- <b>101152272</b>	ANCORAS QUATTRO LINK SP - CM-9145SP: ANCORA QU			IATTRO LINK S	<u> _ </u> 1	_ _ _ ,	_  1	,		
80044680491		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPED	DICOSLTDA	_					
4- 00 71502718	ANO	CORAS FLEXIVEIS JUGG	ERKNOTTM - 912015 ANCOR	A FLEXIVEL J	<u> _</u>   3		_  3			
80044680086		ARTHROM COMERC	O DE IMPLANTESORTOPED	DICOSLTDA	 					
5- <b>00 00499293</b>	CAN	NULA MICRODEBRIDACA	O OB F 2,9X5,5MM 892350000	0			_  2			
80356130052		ARTHROM COMERC	O DE IMPLANTESORTOPED	DICOSLTDA	   _ _ _					
6- 00 00116700	CAN	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP S	ST 90 200			1			
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPED	DICOSLTDA	.—. 		-	1111/111		
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 05/06/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. TAXA DE APARELHO EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: U NIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS										
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					28 - Assinatura do Responsável pela Autorização					