

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91748397

(Via HOSPITAL)

1- Direct of Control Age	1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia A	Atribuído pela	Operadora								
Debots of Dependence Part Part	1 -	ramoro da Cala /	Turiburuo pola	Орогичени		917483	97					
Paddo do Beneficiario	1	11	91748	l t		23						
10 - Nors												
10 - Nome	7 - Número da Carteira			8 - Validade da Cart	eira	9 - Atendimento de	RN					
To - Norme HEVERE MOISES REAL	0050000010018320			19/06/2025		N						
Package Pack	50 - Nome Social											
12 - Addigo na Operadora UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 16 - Nome do Potentialo UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 16 - Nome do Potentialo 16 - Nome do Potentialo 17 - UF 18 - Codigo CBO 225270 27 - UF 19475 27 - UF 18 - Codigo CBO 225270 27 - UF 27 - UF	10 - Nome HEVERE MOISES REAL											
14 - Norm do Profisional Solicitante 14 - Norm do Profisional Solicitante 15 - Conseillo Profisional 16 - Norm do Conseillo 17 - UT 18 - Código CBO 262570 22												
15 - Conselho Profesional Solicitantes 16 - Numero do Conselho 17 - UF 225 270 DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 20 - Coligo Calos de Intermação 225 - Color 10 24 4 - Color 20 - Color 10 24 - Color 20 - Color 20 - Color 10 24 - Color 20 - C	12 - Código na Operadora		13 - Nome	e do Contratado								
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 19475 225270	10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORTOPEDIA	ESPECIALIZA	DA LTDA						
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 08/07/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Olde Diárias Solicitados 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Opme 27 - Previsão de Uso de Opme 27 - Previsão de Uso de Opme 28 - Olde Diárias Solicitados 28 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de Uso de Opme 28 - Olde Diárias Solicitados 30 - CID 10 29 - Olde Diárias Solicitados 30 - Olde Diárias Solicitad	1		IEIRA		† †	onselho Profissiona	11					
10.246.214/0001-04	Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	os da Interna	ação			'					
23 - Cip 10 Principal (opcional) 30 - Cip 10(2) (opcional) 31 - Cip 10(3) (opcional) 32 - Cip 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionada) 33 - Cip 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionada) 33 - Cip 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionada) 34 - Cip 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionada) 34 - Cip 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionada) 34 - Cip 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou dença relacionada) 34 - Cip 10(4) (opcional) 35 - Cip 10(4) (opcional) 35 - Cip 10(4) (opcional) 36 - Cip 10(4) (opcional) 36 - Cip 10(4) (opcional) 37 - Cip 10(4) (opcional) 38 - Cip 10(4) (opcional) 39 - Cip 10(4) (opcional) 30 - Cip 10(4) (o	19 - Código na Operadora / C	11						21 - Data sugerida para Internação				
1	10.246.214/0001-04	ļι	JNIORT E	ORTOPEDIA ES	PECIALIZADA	LTDA		08/07/2023 00:00				
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) 9 9 9 9 9 9 9 9 9	t t	1	rnação 24 -	,	25 - Qtde. Dia	- 11		· 1				
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) 9	,											
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Cescrição 36 - Descrição 36 - Descrição 37 - Otde. Solic. 38 - Otde. Aut. 1 - 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 1 1 1 1 1 1 1	29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		0(2) (opcional)	pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)		CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	` ' '				
1 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2 2 2 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3 3 22 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 4 2 2 30735092 TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART 1 1 1 5 98 08011961 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENF - UNIORTE 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados									
3 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES	1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735094 4- 22 30735092 5- 98 08011961 6- 18 60000805 7- 18 60024151 8-		ACROI RUPTU RESSE TENOT PCT AI DIARIA ALUGU	MIOPLASTIA - PI JRA DO MANGUI ECCAO LATERAI TOMIA DA PORC RTROSCOPIA DI A DE QUARTO C UELTAXA DE AP	TO ROTADOR - DA CLAVICUL AO LONGA DO E OMBRO - ENF OLETIVO DE 2 ARELHO / EQU	PROCEDIMENT A - PROCEDIME BICEPS - PROC - UNIORTE LEITOS COM BA PAMENTO PAR	TO VIDEOARTROS(ENTO VIDEOARTRO EDIMENTO VIDEO ANHEIRO PRIVATIV	20 1 1 COP 1 1 DSC 1 1 ART 1 1 1 1				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES	วช - บลเล provavel da Admiss	ao nospitalar 4	⊷ - Qtαe Diari	11		ouação autorizada						
				Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Có								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 04/07/2023 / Empresa / Titular: HEVERE MOISES REAL												
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	11 := :			1140	I. D	, , 15					



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

Unimed A

					,								
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha		5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela		· · ·						
343269		91748397		91748397	04/07/2023 11:23		91748397						
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social											
0050000010018320													
8 - Nome													
HEVERE MOISES REA	L												
Dados do Profissional Solicitante													
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail								
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA												
Dados da cirurgia													
12 - Justificativa técnica													
INDICAÇÃO CLÍNICA EM A INDICAÇÃO CLÍNICA EM A													
INDICAÇÃO CLINICA EWI	AINEXU												
OPME Solicitadas													
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	ial as fabricants		e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado						
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 71502718		22 - Referência do mater	ial no labricante ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVE	23 - Nº Autorização EL J	de Funcionamento	_ 3							
80044680086	ANG		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 3	,						
2- 00 00590045	LAN	IINA PARA SHAVER SET				_ 2							
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	I—I		-1 -	1111/111						
3- 00 00116700	CAN	IETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			_ 1							
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A <u> </u>		-							
4- 00 70917540	CAN	IULA PARA ARTROSCOF	PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA	CO _ 1	,	_ 1	,						
80777280003		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A _ _ _	_ _ _								
5- 00 00322229	GAN	NCHO COMPRESSAO SU	TURA EXS2 741980000	1	,	_ 1	,						
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	A _ _ _ _	_ _ _								
6- _	_ _ _			_ _ -	_	_	,						
					_ _ _ _ _	_ _							
24 - Especificação do Materia	l												
25 - Observação / Justificativa		07/2023 / Empresa / Titular:	HEVEDE MOISES DEVI										
Telefolie Contratado. (45)c	337 2-0900 / Emiliao em 04/0	77/2020 / Empresa / Titular.	TEVERE MOISES REAE										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante	-	28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização								
	П												