

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95942321

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - I	Número da Guia	Atribuído pela O	peradora							
343269		·			9594	42321				
4 - Data da Autorização 26/07/2024 14:	5 - Senha	959423	6 - Data de Vali	idade da Sen 24/09 /	1					
Dados do Beneficiário				,						
7 - Número da Carteira		11	- Validade da Carteira	a	9 - Atendimento	ľ				
0050000001990228 20/05/2025 N										
50 - Nome Social										
10 - Nome MANOEL JULIAO DA SILVA										
Dados do Contratado Solic	tante	7.50								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	do Contratado E ORTOPEDIA E	SPECIAL	ZADA LTDA					
14 - Nome do Profissional Sol				15	- Conselho Profissi	ional 16 - 1	Número do Co	nselho 17 - l	JF 18 - Código CBO	
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES V	IEIRA		06	3	194	75	41	225270	
Dados do Hospital / Local S 19 - Código na Operadora / C		,	ão ospital / Local Solicitad	40			1	21 Data gugari	da para Internação	
10.246.214/0001-04	11		RTOPEDIA ESPE		DA LTDA			10/08/2024 0		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inter	rnação 24 - R	legime de Internação	25 - Qtde.	Diárias Solicitadas	11	de uso de OPM	ME 27 - Previsão	de uso de Quimioterápico	
1 28 - Indicação Clínica	С		1		1		S		N	
RUPTURA DO MANGUITO	ROTADOR									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - C		31 - CID 10(3) (op	1 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (op		nal) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relaci		ou doença relacionada)			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	itados						<u> </u>		
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 22 30735092 5- 98 08011961 6- 18 60024151 7-	Procedimento	RUPTUR RESSEC TENOTO PCT AR	ição IOPLASTIA - PRO RA DO MANGUITO CCAO LATERAL D DMIA DA PORCAO TROSCOPIA DE C ELTAXA DE APAR	O ROTADO DA CLAVIC D LONGA I DMBRO - E	R - PROCEDIMI ULA - PROCED OO BICEPS - PR NF - UNIORTE	ENTO VIDEO IMENTO VID OCEDIMEN	DARTROSC DEOARTRO TO VIDEOA	OP 1 SC 1 .RT 1	Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	10 - Qtde Diárias	- 11	- Tipo de Ac	omodação autorizad	da				
40.0445	NID I a 112	1 12 Name		Analos II						
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 26/07/2024 /**** EQUIPO 4 VIAS PAGO EM CONTA **** / Empresa / Titular: MANOEL JULIAO DA SILVA 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

					5 - Data da Autorização						
1 - Registro ANS	11		4 - Senha			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		95942321		95942321	26/07/2024 14:42	95942321					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000001990228											
8 - Nome											
MANOEL JULIAO DA S	SILVA										
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 RUPTURA DO MANGUITO RUPTURA DO MANGUITO **** EQUIPO 4 VIAS PAGO	ROTADOR										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição				itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do mate				de Funcionamento							
			ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEX	•——•		_ 3 _ ,					
80044680086	0.11		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	111							
2- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO			<u> 2</u>		_ 2 _ ,						
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL									
3- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIP			•——•		_ 1						
80743230025	244		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL								
4- 00 75788993 CANULA PARA ARTROSCOPIA SE			·—-		_ 1						
80777280101	0.11		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	IDA _ _ _							
5- 00 00622494	GAI	NCHO COMPRESSAO SU		<u> 1</u>		_ 1					
80356130057 6- 00 76221229	ANI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA <i>- A</i>			_ 1					
6- 00 76221229 10247700123	ANG		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL		-	_ 1					
24 - Especificação do Material											
2.7 Zopodinouguo do majorial											
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 26/07/2024 /**** EQUIPO 4 VIAS PAGO EM CONTA **** / Empresa / Titular: MANOEL JULIAO DA SILVA											
						+					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						