

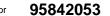
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95842053

(Via HOSPITAL)

A Parietre ANG	Número de Orde	. A sails (al a		Jana				_				
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuido	peia Operac	oora			958420	53				
4 - Data da Autorização 17/07/2024 17	5 - Senha		842053	6 - Data de Va		Senha 09/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Vali	idade da Cartei	ra	9 - 7	Atendimento de	RN				
0050000001569077			02/04	/2026			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome DOMINGAS APAREC	DA LOPES F	PIOVESA	NA									
Dados do Contratado Soli	citante											
12 - Código na Operadora		13 - 1	Nome do Co	ontratado								
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA	LIZADA	LTDA					
14 - Nome do Profissional So DANIEL FERREIRA F		VIEIRA			- 11	15 - Conse 06	elho Profissiona	16 - 19 4	Número do Co 175	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	dos da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / 0	CNPJ	20 - Nome	do Hospita	I / Local Solicita	ado					21 - Data	sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORTO	PEDIA ESP	PECIALIZ	ADA LTI	DA			25/07/2	024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qt	de. Diárias :	Solicitadas 26	26 - Previsão de uso de		ME 27 - F	' - Previsão de uso de Quimioteráp N	
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUIT												
29 - CID 10 Principal (opcion	al) 30 - CID	10(2) (opcid	onal) 31	1 - CID 10(3) (o	pcional)	32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de			ndicação de A	Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Sol	icitados										
1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 22 30735092 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7-	do Procedimento	ACC RUINERS	PTURA D SSECCAC NOTOMIA IRIA DE (UGUELTA	O MANGUIT D LATERAL DA PORCA QUARTO CO	O ROTAL DA CLAV O LONGA DLETIVO I	DOR - PR	DEOARTROS OCEDIMENT PROCEDIME EPS - PROC TOS COM BA	TO VIDE ENTO VII EDIMEN ANHEIRO A ARTR	OARTROSO DEOARTRO ITO VIDEOA D PRIVATIV OSCOPIA F	O 1 COP 1 OSC 1 ART 1 O 2	- Qtde. Soli	C. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1 1 1
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	11		Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora /	CNPJ autorizado	11		ospital / Local A	utorizado							44 - Código CNES
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA	LIZADA	LTDA					6528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/07/2024 /EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C) - PAGO EM CONTA / Empresa / Titular: DOMINGAS APARECIDA LOPES PIOVESANA												
46 - Data da Solicitação	47 - As	ssinatura d	n Profission	al Solicitante	48 - Assin	natura do B	eneficiário ou R	esponsáv	el 49 - Ass	inatura do	Responsávi	el pela Autorização





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

	10.11				11-5						
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	•	4 - Senha	05040050	5 - Data da Autorização	 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95842053 					
343269	95842053			95842053	17/07/2024 17:58		95842053				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000001569077											
8 - Nome											
DOMINGAS APARECII	DA LOPES PIOVESANA	Α									
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	'	11 - E-mail						
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO RUPTURA DO MANGUITO EQUIPO P/IRRIGACAO 4\	ROTADOR	AZAMM C) - PAGO EM CON	NTA								
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição	del co fel deces		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 f				=	o de Funcionamento						
1- 00 71502718 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKN				·—-·	_	_ 3 _	_ ,				
80044680086 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
2- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						_ 2 _ _	-				
	CAN										
3- 00 00116700 80743230025						_ 1 _	-				
	FOL										
4- 00 00151360 EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRR 10216350077			6 (CISTOZAWIWI - IRRIGAZAWIWI C)	'		_ 1 _	_ ,				
	TDC	NOATED ADTROCCODIC	O O O O O O O O O O O O O O O O O O O								
5- 00 00241202	IKC		0 8,25X90MM PARTRO009	1 TDA	_ ,	_ 1 _	_ ,				
80371250020	ANI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL								
6- 00 101152272 8004468049 1	ANC		SP - CM-9145SP: ANCORA QUATTRO CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL		_ _ _ 	_ 1	_ ,				
24 - Especificação do Materia	<u> </u>										
25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 17/0	07/2024 /EQUIPO P/IRRIGA	CAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZAN	IM C) - PAGO EM CONTA / Em	presa / Titular: DOMINGAS APAR	ECIDA LOPES PIOVESANA					
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					lo Responsável 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 Referer	nciada 95842053	4 - Senha	nha 95842053			6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 958420	
Dados do Beneficiário		300-12000			300-12000	17/07/2024 17:58		30042300
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000001569077								
8 - Nome								
DOMINGAS APARECIE	A LOPES PIOVESAN	A						
Dados do Profissional Solic								
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone		1	1 - E-mail		
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO RUPTURA DO MANGUITO EQUIPO P/IRRIGACAO 4V	ROTADOR	SAZAMM C) - PAGO EM COI	NTA					
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição Descrição	24 - 61 2 - 6			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizad	da 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 7- 00 00712639		22 - Referência do mate NCHO COMPRESSAO SU			23 - Nº Autorização I 1	de Funcionamento	_ 1	_ _ , _
80356130057	OA.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA	_,	י י 	_ '	IIIII
8- _							_	,
_ _ _ _				<u> </u>	_	_ _ _ _	_ _	
9- _				l_	_	_	_	,
				<u> _ _ </u>	_ _ _	_ _ _ _		
10- _	_ _ _			l_	_	_	_	_ _ , _
	_ _ _		_	!II	- 	_ _ _ _	_ _	_ _ , _
··				'- 			-ı ı—ı—ı—ı II	IIII'III
12- 				 _	 _		 _l	,
_ _ _	_ _ _			<u> _</u>	_		_ _	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		/07/2024 /EQUIPO P/IRRIGA	CAO 4VIAS (CISTOZAMM - IRRIGAZ	ZAMM C) - PAGO E	EM CONTA / Emp	oresa / Titular: DOMINGAS APAR	ECIDA LOPES PIOVES	ANA
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		