

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94530831

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	ero da Guia Atr	buído pela Oper	adora		9453	30831				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Valid	tada da Sanha	7	00031				
25/03/2024	13:46	5 - Serina	94530831	6 - Data de Valid	24/05/202	1					
Dados do Beneficiário						_					
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carteira	9	- Atendimento	o de RN				
0050000001474912	2		16/0	1/2026		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome NEUSA DE OLIVEI	RA SAN	NTOS GIME	NES								
Dados do Contratado Solicitante											
	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profission			IRA		15 - Cor	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Cor 06 19475			onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Lo	ocal Solic	itado / Dados	da Internação								
19 - Código na Operado			,	tal / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
10.246.214/0001-04				OPEDIA ESPE					01/04/2	2024 00:0	0
22 - Caráter do Atendimer  1	nto    23 -	- Tipo de Interna <b>C</b>	ção   24 - Regir	ne de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de OPI <b>S</b>	ИЕ    27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico  N
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID 10(2	) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	sional) 32 - Cl	O 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Iten	ıs Assiste	enciais Solicita	dos								
34 - Tabela 35 - Cód	ligo do Pro	ocedimento	36 - Descrição	)					37	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 307350	33		ACROMIOF	PLASTIA - PRO	CEDIMENTO V	IDEOARTR	osco	PICO DE OMBR	) 1		1
2- 22 307350	068						_	/IDEOARTROSC	_		1
3- 22 307350								O VIDEOARTRO			1
4- 22 307350							OCED	IMENTO VIDEO			1
5- 98 080119			_	OSCOPIA DE O	_	-	I D A NII	IEIDO DDIVATIV	1		1
6- 18 600008 7- 18 600241								IEIRO PRIVATIV .RTROSCOPIA F			2
l	101		ALUGUELI	AAA DE APAR	ELHO / EQUIP	AWENTOP	AKA A	K I KUSCUPIA P	AK I		1
8-   _   _   _   _   _	 	-   							-	_lll _l l l	 
	 	-!!! 							-	_!!! 	 
11-	 	-!!! 							-	_!!! 	 
12-	II I I	-111 							- 		 
	-,1										ı—ı—ı—ı
Dados da autorização	J: ~ · ·		Otala Dililia A		Tipe de Accordi						
39 - Data provável da Ad	imissao n	ospitalar   40	· Qtde Diárias Au <b>3</b>	itorizadas 41	- Tipo de Acomod	açao autorizad	da				
42 - Código na Operado		J autorizado	1	Hospital / Local Auto		A I TDA					44 - Código CNES
10.246.214/0001-04 45 - Observação / Justifi			UNIORTE	ORTOPEDIA E	orecializă!	ALIDA					6528104
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/03/2024 / Empresa / Titular: NEUSA DE OLIVEIRA SANTOS GIMENES											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	ou Respo	onsável 49 - Ass	natura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

					1			
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia	atribuído pela Operadora	
343269		94530831		94530831	25/03/2024 13:46		94530831	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000001474912								
8 - Nome								
NEUSA DE OLIVEIRA								
Dados do Profissional Solid								
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica LESAO DO MANGUITO R LESAO DO MANGUITO R								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do 21 - Registro ANVISA do Mat		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização		itado 19 - Qtde. Auto	orizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
1- <b>00 71502718</b>			ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	I I 3		_  3	_ ,	
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_1 0	I—I—I—I"I—I—I	
2- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F						2		
			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<del>-</del>	1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  -	_ı <del>-</del>	1-1-1-1-1'1-1-1	
3- <b>00 00116700</b>	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200			1		
80743230025	<b>57.</b>		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  1 -  -	-ı ·	1-1-1-1-1'1-1-1	
4- 00 00241202	TRO		D 8,25X90MM PARTRO009			1		
80371250020			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ı ·	1-1-1-1-171-1-1	
5- 00712639	GAI	NCHO COMPRESSAO SU				_  1	,	
80356130057			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			<b></b> I	1-1-1-171-1-1	
6- <b>00 76221474</b>	ANO		SERSOR - GMREIS - 320-475191-PE4 - ANCO	1		1	_ _ , _	
10247700123		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	   _ _ _		_ <b>.</b>		
24 - Especificação do Materia	I							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/03/2024 / Empresa / Titular: NEUSA DE OLIVEIRA SANTOS GIMENES								
	1							
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					o Responsável pela Autorização			



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2 - Nº Guia no Prestador 94530831 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	do pela Operadora
343269		94530831		94530831	25/03/2024 13:46		94530831
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001474912							
8 - Nome							
NEUSA DE OLIVEIRA S	SANTOS GIMENES						
Dados do Profissional Solici	itante						
9 - Nome do profissional solicit	tante		10 - Telefone	] [1	1 - E-mail		
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESAO DO MANGUITO RO LESAO DO MANGUITO RO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	zitado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater			de Funcionamento		
7- 00 00151360	EQU	JIPO P/IRRIGACAO 4VIAS	G (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)	_  1		_  1	_ _ _ ,
<b>10216350077</b> 8-							
°	_ _ _					_	_ _ _ ,
9-		-				 	,
° I—I—I I—I—I—I—I 	!!!!! 					_	
10-1		IIIII					_ ,
							1-1-1-171-1-1
11-						 _	_ _ , _
			_ _ _				
12-  _	_ _ _				,	_	_ _ , _
			<del> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </del>			_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa		(T)	UELIOA DE OLIVEIDA GANTES SUSTI	150			
Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 25/	03/2024 / Empresa / Titular: I	NEUSA DE OLIVEIRA SANTOS GIMEN	NES			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização		