

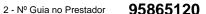
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95865120

(Via HOSPITAL)

1 " 11	Número da Guia A	stribuído pela Ope	radora									
343269					95865120							
4 - Data da Autorização 19/07/2024 14	5 - Senha	95865120	6 - Data de Validade	da Senha 17/09/2024								
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira		† į	/alidade da Carteira	9 -	Atendimento de RN							
0050000003303902		077	02/2026		N							
50 - Nome Social												
10 - Nome GUILHERMINA DE CASSIA FREITAS												
Dados do Contratado Soli	citante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do										
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA ESPE									
14 - Nome do Profissional S DANIEL FERREIRA F		15 - Cons 06	elho Profissional	16 - Número do C 19475	onselho 17	- UF 18 - Códig 225270	jo CBO					
Dados do Hospital / Local		•										
							21 - Data suge 25/07/2024	erida para Internaç 00:00	ão			
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Interr	nação 24 - Reg	ime de Internação 25	- Qtde. Diárias	Solicitadas 26 - Pi	revisão de uso de OP	ME 27 - Previs	ão de uso de Quimi N	ioterápico			
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUIT	-											
29 - CID 10 Principal (opcion	nal) 30 - CID 10	(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	cidente (acident	e ou doença relac				
						9						
Procedimentos ou Itens A												
1- 22 30735033 2- 22 30735084 4- 22 30735092 5- 98 08011961 6- 18 6000384 7- 18 60024151 8-	 _ _ _ _	RUPTURA RESSECC TENOTOM PCT ARTR DIARIA DE	PLASTIA - PROCED DO MANGUITO RO' AO LATERAL DA CL IIA DA PORCAO LOI COSCOPIA DE OMBE E ACOMPANHANTE TAXA DE APARELH	TADOR - PR LAVICULA - NGA DO BIO RO - ENF - U COM REFEI	ROCEDIMENTO Y PROCEDIMENT CEPS - PROCED INIORTE CAO COMPLET	VIDEOARTROS(O VIDEOARTRO IMENTO VIDEO/ A	COP 1 DSC 1 ART 1 1	e. Solic. 38 - Qtd 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	- - - -			
Dados da autorização		0.1 =:::	15 -									
39 - Data provável da Admis	são hospitalar 40	0 - Qtde Diárias A 1	utorizadas 41 - Tipo	de Acomodaç	autorizada							
42 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	Hospital / Local Autorizado		LTDA			44 - Código 6528104				
45 - Observação / Justificati Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emit		124 / Empresa / Titular:				inature de De	oppówst pol- Aug	rivo ? -			



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 95865120 95865120 19/07/2024 14:32 95865120 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000003303902 8 - Nome **GUILHERMINA DE CASSIA FREITAS** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 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 fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 1- 00 70091480 CANULA PARA ARTROSCOPIA INCOMEPE - 80862570 10395270043 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 00712639 **GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000** 80356130057 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA ANCORAS QUATTRO LINK SP - CM-9145SP: ANCORA QUATTRO LINK S 3- 00 101152272 80044680491 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 71502718 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J 80044680086 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 5- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000 2 80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 6- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200 80743230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/07/2024 / Empresa / Titular: SALUSTIANO HENRIQUE DE FREITAS 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

9 11			4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		95865120		95865120	19/07/2024 14:32	958651	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000003303902							
8 - Nome							
GUILHERMINA DE CA	SSIA FREITAS						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic			10 - Telefone	11	1 - E-mail		
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO RUPTURA DO MANGUITO							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autoriza	
21 - Registro ANVISA do Mate 7- 00 00151360		22 - Referência do materia	al no tabricante (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	_ 1	
10216350077	LQC	JIFO F/IRRIGACAO 4VIAS	(CISTOZAMIM - IKKIGAZAMIM C)	' 	<u></u> - - - - - - - - - - -		
8-	11111						
9- _ _	_ _ _			_ _ _	_ _ _ , _	_	
	_ _ _			_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	
10- _	_ _ _				_	_!_!	
	_ _ _				_ _ _ _	\\ _	
' '						_	
12-	_ _ _	IIIIII	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		_	 _	
				_ _ _ _		_ _	
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa		07/2024 / Emp / Titul	NALLICTIANO LIENDIOLIE DE EDEITAC				
releione Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 19/0	∪7720247 Empresa7 Fitular: S	SALUSTIANO HENRIQUE DE FREITAS				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		