

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93246886

(Via HOSPITAL)

3.246269 5. Servina 32.466866 5. Servina 32.466866 5. Catas de Validade de Servina 21/11/2023 16.30 5. Servina 32.466866 5. Catas de Validade de Servina 21/11/2023 16.30 5. Servina 32.466866 5. Catas de Validade de Servina 21/11/2023 16.30 5. Servina 32.466866 5. Servina 32.46686	1 - Registro ANS	· Número da Gui	a Atribuído	nela Onera	dora								
1111/2023 16:30 9324888 20/01/2024 3 - Attendments de RN 3 - Attendments de RN 3 - Attendments de RN 3 - Attendments de RN 3 - Attendments de RN 3 - Attendmen	"	- Trumoro da Gan	a 7 ttilbuldo	pola Opola	doru			93246	886				
Debts de Brendrichino - National de Cardinalis - National de Cardinalis - National de Cardinalis - OSO0000004948822 - OSM10/2024 - OSM10	1 11			246886	6 - Data de Vali								
10-Nonzea 10-N	Dados do Beneficiário												
10 - Nome 10 -	7 - Número da Carteira			11		I	9 -		de RN				
10-Nonis 10-AD PAULO CORREA DE OLIVEIRA 13-Nonis do Contratado Solicitante 12-Nonis do Contratado Solicitante 13-Nonis do Contratado Solicitante 13-Nonis do Contratado Solicitante 13-Nonis do Contratado Solicitante 14-Nonis do Professional 14-Nonis				03/10	J/2024			N					
Diacos do Contretado Societarios 10.246.2/14/0001-04 10.246.2/14/0001-04 10.246.2/14/0001-04 10.246.2/14/0001-04 10.256.2/14/0001-													
12 - Codigo de Operadora 13 - Nome do Contratação UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 16 - Numero do Consesiblo 17 - UE 18 - Código CBO 25270	10 - Nome JOAO PAULO CORREA DE OLIVEIRA												
10.246_214/0001-04	Dados do Contratado Solicitante												
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 06 19475 41 225270	,		i i i			SPECIA	LIZADA	LTDA					
Dados do Mespital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Codigo na Operadora / CRP. 20 - Tomor do Hespital / Local Solicitado 22 - Carácier do Alandmento 23 - Tomos internação 24 - Regime de Internação 25 - Cutácir do Alandmento 2 - C 1 2 - Tomos internação 26 - N N 27 - Previsão de uso de OPME 28 - Previsão de la usoridado 39 - Ordes, para de uso de U	14 - Nome do Profissional S	olicitante					15 - Conse	elho Profissior	nal 16	6 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
19 - Código na Operadora (*CNPJ 20 - Nome do Hespital (*Local Selotado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Turo de Interneção UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Turo de Interneção UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Turo de Interneção UNIORA E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Turo de Interneção UNIORA E MANEXO 22 - Turo de Interneção UNIORA E MANEXO 23 - Turo de Interneção UNIORA E MANEXO 23 - Turo de Interneção UNIORA E MANEXO 24 - Provisão de uso de OPME 27 - Provisão de uso de OPME 28 - OPME	DANIEL FERREIRA F	ERNANDES	VIEIRA				06		19	9475		41	225270
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22/11/2023 00:00 22 - Tipo de Internação 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Cido (Dárias Solicitadas) 26 - Previsão do uso do OPME 27 - Previsão do uso do OPME 27 - Previsão do uso do OPME 27 - Previsão do uso do OPME 28 - N 28 - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 28 - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 29 - CID 10(4) (apcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 35 - ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 26 - Previsão do uso do OPME 27 - Previsão do Acidente (acidente do OPME 27 - Previsão do OPME 27 - Previsã				,	al / Local Solicitad	lo.					21 Dote	a cugarida r	para Internação
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO 29 - CID 10 Principal (opcional) 29 - CID 10 Principal (opcional) 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 Assistencials Solicitados 9 Procedimentos ou Itens Assistencials Solicitados 1 - 22 30735083 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 1 2 30735088 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 3 - 22 30735088 RESSECAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCO 1 1 5 - 18 6000034 DIARIA DE ACCOMPANIANTE COM REPEICAO COMPLETA 2 2 5 - 18 60000384 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 5 - 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 5 - 18 60000815 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 6 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	10.246.214/0001-04	CINFJ	t	•			ADA LT	DA			11		-
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	22 - Caráter do Atendimento	tt '	ternação	24 - Regim	•	25 - Qt		Solicitadas	26 - Previs		ME 27 -	Previsão de	·
29 - CID 10 Principal (opconsis) 30 - CID 10(2) (opconsis) 31 - CID 10(3) (opconsis) 32 - CID 10(4) (opconsis) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		C			1		2			S			N
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qide, Solic. 38 - Qide, Aut. 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	INDICAÇAO CLINICA EN	ANEXO											
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qide, Solic. 38 - Qide, Aut. 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1													
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição 37 - Qide, Solic. 38 - Qide, Aut. 1 - 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2 2 2 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 1 2 2 2 30735064 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 1 1 1 1 1 1 1													
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 36 - Descrição 37 - Qide, Solic. 38 - Qide, Aut. 1 - 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2 2 2 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 1 2 2 2 30735064 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 1 1 1 1 1 1 1													
36 - Descrição 37 - Cride; odo Procedimento 36 - Descrição 37 - Orde. Solic. 38 - Orde, 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) (opcional			onal) 3	aal) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33		- Indicação de <i>A</i>	Acidente (a		loença relacionada)
1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3- 22 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 4- 22 30735092 TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART 1 1 5- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 2 2 6- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 6- 1	Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Sol	licitados										
2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCO		do Procedimento		-								- Qtde. Soli	
4 22 30735092 TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART 1 1 5 - 18 6000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 2 2 2 6 - 18 6000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 2 7 - 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 1 1 1 1 1 1 1													
5- 18 6000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 2 2 6- 18 6000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 8-													1
Ge 18 6000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2 7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 8-										NTO VIDEO			
7- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 8-										O DDIVATIV			
9 10- 11- 11- 12- 12- 12- 13- 14													
10-	8-	_ _ _ _	_l									_ _	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 2		_ _ _ _	<u> </u>									_	
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 2			-l								-	_	
39 - Data provável da Admissão hospitalar 2		 	-i -i								- _	-lll	_ _
2 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/11/2023 /1 EQUIPO 4 VIAS - material de consumo hospitalar - pago em conta / Empresa / Titular: CASA CERTA MA TERIAIS ELETRICOS LTDA ME	Dados da autorização												
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/11/2023 /1 EQUIPO 4 VIAS - material de consumo hospitalar - pago em conta / Empresa / Titular: CASA CERTA MA TERIAIS ELETRICOS LTDA ME	39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde		11	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/11/2023 /1 EQUIPO 4 VIAS - material de consumo hospitalar - pago em conta / Empresa / Titular: CASA CERTA MA TERIAIS ELETRICOS LTDA ME	1				•								-
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 21/11/2023 /1 EQUIPO 4 VIAS - material de consumo hospitalar - pago em conta / Empresa / Titular: CASA CERTA MA TERIAIS ELETRICOS LTDA ME	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa												
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitanta 1/48 - Assinatura do Renaficiário ou Personacival 1/40 - Assinatura do Personacival asla Autorização	Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Ei	mitido em 2	21/11/2023	3 /1 EQUIPO 4 \	/IAS - ma	aterial de d	consumo hos	spitalar - p	pago em conta	/ Empres	a / Titular: (CASA CERTA MA
THE LANGE AND ADDRESS OF THE CONTROL	46 - Data da Solicitação	Δ7 - Δ	ssinatura d	o Profission	nal Solicitante	48 - Assir	natura do P	eneficiário ou	Response	avel 49 - Acc	inatura do	Responsáv	el nela Autorização



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

Unimed #

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ociada 93246886	4 - Senha	93246886	5 - Data da Autorização 21/11/2023 16:30	Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 21/11/2023 16:30 9		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000004949822								
8 - Nome								
JOAO PAULO CORREA	DE OLIVEIRA							
Dados do Profissional Solicit	ante							
9 - Nome do profissional solicita	ante		10 - Telefone	11	I - E-mail			
DANIEL FERREIRA FER	RNANDES VIEIRA							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM AI INDICAÇAO CLINICA EM AI 1 EQUIPO 4 VIAS - material	NEXO	oago em conta						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mater		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento			
1- 00241202	TRO	OCATER ARTROSCOPICO	,	11		_ 1	,	
80371250020			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI					
2- 00622494	GAI	NCHO COMPRESSAO SU		11		_ 1	,	
80356130057			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI					
3- 00 71502718	ANG		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIV			_ 3	,	
80044680086			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	11				
4- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	I—I		_ 1	,	
80743230025	044		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI		_ _ _			
5- 00 100066879	CAI		.RT HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4, CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTI	·		_ 2	,	
81288540024		AKTHKOW COWERC	OO DE IMPLANTESONTOPEDICOSETI)A _ _ _ _	_ _ _			
6-	-llll - <u> </u>				_	_	,	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)33	372-0900 / Emitido em 21/	11/2023 /1 EQUIPO 4 VIAS -	material de consumo hospitalar - pago em	conta / Empresa / Titular: CAS	A CERTA MATERIAIS ELETRICO	OS LTDA ME		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			