

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92837760

(Via HOSPITAL)

1- Region ANS 34.3CE 1- Notice to Cue Arbitrudo; pela Operativa 34.0CE 1.0 Data de Valdador da Serira 1.0 Data de Valdador da Certeira 1.0 Data de Controlado 1.0 Data de Control	1 - Registro ANS 3 - N	úmoro do Guio A	tribuído polo On	oradora							
13/10/2023 12:22 92837766 12/12/2023 Dados do Beneficializa Carreira 6- Validade da Carreira 6- Validade da Carreira 6- Validade da Carreira 6- Valordimento de RN N	"	umero da Guia A	швийо реа Ор	erauora		928	37760				
Dados do Baneliciario	1	11	0292776	11		i					
20-0000001781315 20/07/2025 N											
10. Name DANIEL ZAMPAR NASCIMENTO	7 - Número da Carteira		8 -	Validade da Carteira	<u> </u>	9 - Atendiment	o de RN				
10 - Nome	0050000061781315 20/07/2025 N										
DANIEL ZAMPAR NASCIMENTO Dados do Contratado Solicitarias	50 - Nome Social										
13 - Norme dio Contribution 15 - Conseilho Professional 16 - Normero dio Conseilho 17 - UF 18 - Codigno CBO 28817 27 - UF 18 - Codigno CBO 28817 27 - UF 252270 28817 28 - Codigno CBO 28817 28 - Codigno CBO 28 - Contribution 20 - Norme dio Nagolari / Local Solicitado / Dados da Internação 21 - Data sugeridas paras Internação 20 - Rome do Nagolari / Local Solicitados 23 - Provisão de uso de OPME 27 - Previsão do uso do Cumiloteripoc 1 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Ordo. Diários Solicitados 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão do uso do Cumiloteripoc 1 - N N N N N N N N N N											
10.246,214/0001-04		ante									
14 - Norme do Professional Solicitanto 15 - Conseilho Professional 16 - Número do Conseilho 225270 225270 225270 23617 41 18 - Código CBO 225270 23617 41 23617 23	1		11		SDECIAL I	74041704					
Dados do Hespital / Local Solicitado / Dados da Internação 22 - Orda Defendado / Dados da Internação 22 - Orda Defendado / Dados da Internação 23 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 20/10/2023 00:00 23 - Tipo de Internação 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Oumidentajor 1 2 - Previsão de uso de Orma 2 - Previsão de Uso d		citante	ONIONI	OKTOLEDIAL			ional 16	6 - Número do Co	onselho 17 -	UF 18 - Código CBO	
19- Coligo na Operadora / CNPJ Date suppriss para Interrueção 20/10/2023 00:00 20/10/2023 20/	1		EIRO		†1		11		- 11	11 -	
22 - CID 10 Principal (opcional) 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Otor De Jacob Procedimento o Ulans Assistenciais Solicitadas 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	Dados do Hospital / Local Se	olicitado / Dados	s da Internação)							
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 Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Coétigo do Procedimento 36 - Descrição 37 - Otcle Solic 38 - Otcle Aut. 1 2 2 30737162 OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES - TRATAMENTO CIRURGICO 1 1 4 - 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COMPLETA 1 1 4 - 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COMPLETA 1 1 5 - 18 600024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 7 - LILIA DE ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 10 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COMPLETA 1 1 11 - LILIA DE ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1 10 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 10 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 10 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 11 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 12 - COSTO DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 13 - TITO DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 14 - TIPO de Acomodação autorizadão 1 1 15 - Datos provável da Admissão hospitalar 1 1 16 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 16 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 17 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 18 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 19 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 10 - LILIA DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 14 - TIPO DE ACOMPANHANTE COM REFIELAO COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 15 - TIPO DE ACOMPANHANTE COM REFIELA DE ACOMPANHANTE COM REFIELA DE ACOMPANHANTE COM REFIELA DE ACOMPANHANTE COM REFI		11		•		A TDA			1		
28 - Indiceção Clínica 1							26 - Provis				
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	1	•	lação 24 - IXe	•	25 - Qiue.		20 - Fievis		VIL 27 - FTEVISA		
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	1	NEXO									
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET 1 1 1 2 2 30733103 INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1 - 22 30733103 INSTABILIDADE FEMORO-PATELAR, RELEASE LATERAL DA PATELA, RET 1 1 1 1 1 1 1 1 1	29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		1		ou doença relacionada)	
1- 22	Procedimentos ou Itens Ass	istenciais Solicit	tados								
1 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104	1- 22 30733103 2- 22 30727162 3- 22 30731216 4- 18 60000384 5- 18 60000805 6- 18 60024151 7-	Procedimento	INSTABIL OSTEOTO TRANSPO DIARIA D DIARIA D	.IDADE FEMORO DMIAS E/OU PSE DSICAO DE MAIS E ACOMPANHAI E QUARTO COL	EUDARTRO S DE 1 TEN NTE COM F LETIVO DE	SES - TRATAN DAO - TRATAN REFEICAO COI 2 LEITOS CON	MENTO CI MENTO CI MPLETA M BANHEI	RURGICO IRURGICO RO PRIVATIV	ET 1 1 1 1 0 1	1 1 1 1	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104	39 - Data provável da Admissã	o hospitalar 40		11	- Tipo de Aco	modação autoriza	da				
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104	42 - Código na Operadore / Cl	NP Lautorizada			orizado					44 - Código CNES	
		NPJ autorizado	11			ZADA LTDA				11 - 1	
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

· 11	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269	92837760		92837760			13/10/2023 12:22	92837760				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000061781315											
8 - Nome											
DANIEL ZAMPAR NAS	CIMENTO										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefor	ne	11 - E-mail						
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERREIRO										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A											
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante			le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido o de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizad	a 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 00 00590045		IINA PARA SHAVER SET		306			_ 1				
80777280006	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				 		— ·	1111/111			
2- 00 00116700					1		_ 1				
80743230025	3230025 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB					1	,	_ 1	_ ,			
80044680085	44680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA										
4- 00 71502718					2	,	_ 2	,			
80044680086				SORTOPEDICOSLTDA							
5- 00 00590495	PAF	RAFUSO CORTICAL 3,5X			<u> 3</u>		_ 3	,			
10247700039		ARTHROM COMER	JO DE IMPLANTE	SORTOPEDICOSLTDA							
6-	_	111111					_	_ ,			
24 - Especificação do Material				-	<u> </u>						
21 Especificação de Maioria											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 13/	10/2023 / Empresa / Titular:	JOZY CUSTODIO Z	AMPAR NASCIMENTO							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização					