

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92130329

(Via HOSPITAL)

[
1 - Registro ANS 3 - 1	Número da Guia A	stribuido pela Ope	eradora		921303	29					
4 - Data da Autorização			6 - Data de Valid	dade da Senha 07/10/202	3						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		tt	/alidade da Carteira		- Atendimento de	RN					
0050000002089915 20/08/2025			08/2025		N						
50 - Nome Social											
10 - Nome WANDENICE PEREIRA LAGO											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do	Contratado								
10.246.214/0001-04		UNIORT E	ORTOPEDIA E	SPECIALIZAI	A LTDA						
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA				15 - Co	nselho Profissiona	16 - Número do C 19475	onselho 17 - UF 18 - Código CBO 225270				
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	s da Internação									
19 - Código na Operadora / C	NPJ 20	0 - Nome do Hosp	oital / Local Solicitad	0			21 - Data sugerida para Internação				
10.246.214/0001-04	u	INIORT E OR	TOPEDIA ESPE	CIALIZADA I	TDA		12/08/2023 00:00				
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interr	nação 24 - Reg	ime de Internação	25 - Qtde. Diár	as Solicitadas 26	6 - Previsão de uso de OP	ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico				
1	С		1			S	N				
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) ((2) (opcional)	ocional) 31 - CID 10(3) (opcional)		D 10(4) (opcional)	33 - Indicação de A	Acidente (acidente ou doença relacionada) 9				
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solici	tados									
1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 98 08011961 5- 18 60000384 6- 18 60000805 7- 18 60024151 8-		RUPTURA RESSECC PCT ARTR DIARIA DE DIARIA DE	PLASTIA - PRO DO MANGUITO AO LATERAL D OSCOPIA DE O E ACOMPANHAN E QUARTO COL	ROTADOR - A CLAVICULA MBRO - ENF NTE COM REF LETIVO DE 2 L	PROCEDIMENT - PROCEDIME UNIORTE EICAO COMPLEITOS COM BA	COPICO DE OMBR TO VIDEOARTROS ENTO VIDEOARTRO LETA ANHEIRO PRIVATIV A ARTROSCOPIA I	COP 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 2 2 1 2 1 2 1				
Dados da autorização	ão hospitalar 4	0 - Otdo Diárias A	utorizadas 41	- Tipo de Acomo	ação autorizada	1					
39 - Data provável da Admiss	ลง ทงรุกเลเสก 40	0 - Qtde Diárias A 3	utorizadas 41	- Tipo de Acomo	ayau autunzada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loc UNIORT E ORTOPED			•		A LTDA		44 - Código CNES 6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3 46 - Data da Solicitação	3372-0900 / Emit		·				sinatura do Responsável pela Autorização				



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

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 92130329	4 - Senha	92130329	5 - Data da Autorização 08/08/2023 11:57	6 - Número da Guia atribu	uído pela Operadora 92130329		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
0050000002089915									
8 - Nome									
WANDENICE PEREIRA	LAGO								
Dados do Profissional Solici	itante								
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	11	l - E-mail				
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A									
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M	Material 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizad	a 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 71502718	ANO		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	<u> 3</u>		_ 3	,		
80044680086			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. _ _ _ _					
2- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET		_ <u>2</u>		_ 2	,		
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. _ _ _					
3- 00 00116700	CAI		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1		_ 1	_ ,		
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 00 70917540	CAI		PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	_ 1		_ 1			
80777280003	0.41		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5- 00 	GAI	NCHO COMPRESSÃO SU	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>		_ 1	_ _ , _		
		AKTHKOW COWERC	CIO DE IMPLANTESONTOPEDICOSLIDA		_ _ _				
6- _ _ _ _	!!!! 			 _ _ _ _	_	_	I		
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		08/2023 / Empresa / Titular: \	WANDENICE PEREIRA LAGO						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do Responsável pela Autorização					