



Unimed A

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da	Guia Atribuíd	o pela Operadora 90054012								
4 - Data da Autorização 03/02/2023 08	5 - Senha		90054012	6 - Data de Validade da Senha  04/04/2023							
Dados do Beneficiário											
7 - Numero da Carteira 0050000014297780			8 - Validade da Carteira 30/10/2023		9 - Atendimento						
10 - Nome EDILEUSA ROCHA DA			11 - Cartão Nac		de						
Dados do Contratado Solicitant	Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora   13 - Nome do Contratado   UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA			15 - Conselho Profissional <b>06</b>			ofissional	11 11 11		18 - Código CBO <b>225270</b>		
Dados do Hospital / Local Solic	itado / Dados da	nternação									
19 - Código na Operadora / CN 10.246.214/0001-04	PJ		lo Hospital / Local Solicitado  E ORTOPEDIA ESPEC	CIALIZADA	LTDA			1	sugerida pat	a Internação )	
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Inte		24 - Regime de internação				ão de uso de OP			so de Quimioterápico	
1	2		1		1	s			N		
28 - Indicação Clínica LESÃfO DO MANGUITO				-		-					
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(	2) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33	- Indicação d	e Acidente (acide	ente ou doenç	ça relaciona	da)	
							2				
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitados										
1	Procedimento		Pescrição	055114511		<b>TD0000</b>	DIGG DE 61			olic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30735033 2- 22 30735068			ROMIOPLASTIA - PRO PTURA DO MANGUITO						1	1	
3- 22 30735084										1	
4- 18 60000805										1	
5- 18 60024151		ALU	IGUELTAXA DE APAR	RELHO / EG	UIPAMENTO	PARA A	RTROSCOF	IA PAR	1	1	
6-	_ _ _ _	-							_ _	.    _	
									-ı ı—ı—ı—ı _l lll		
9-											
10-	_ _ _ _	-!							<u> _ _ _</u>	<u> </u>	
11-	_ _ _ _	_							_ _ 	.	
Dados da autorização									I—I—I—	-1 1—1—1—1	
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada											
· 11			ome do Hospital / Local Autoriz DRT E ORTOPEDIA ES	lo Hospital / Local Autorizado E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA						44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 03109655942 em 03/02/2023 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
	_ _										





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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	1	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora		
343269		90054012		90054012	03/02/2023 08:53	90054012		
Dados do Beneficiário								
7 - Numero da Carteira		8 - Nome						
0050000014297780		EDILEUSA ROCHA DA	A SILVA					
Dados do Profissional Solicitante		EDIEEGOA KOONA DA	COLUM					
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	- E-mail			
BRUNO BOSIO DA SIL								
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica LESÃO DO MANGUITO F LESÃO DO MANGUITO F								
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do Ite	em 15 - I	Descrição		16 - Opcão 17 - C	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do materia		2000.iqu0	22 - Referência do n			23 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 00 00590045	LAI	MINA PARA SHAVER SI	ETORMED - 001030306	2		2		
80777280006		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT		I—I—I—I—I			
2- 74683101	CAI		OPIA SETORMED - 009 11 70 85 CANU	JLA COM     2	 	2		
	CAI							
80777280003	241		CIO DE IMPLANTESORT					
3- <b>00 00116700</b>	CAI		RIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 2	200    1	,	_ _  1		
80743230025		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T              </u>		I_	_ _ _ _		
4- 00 71502661	AN	CORAS FLEXIVEIS JUG	GERKNOTTM - 912068 ANCORA FLE	XIVEL JU    3	,	_ _  3  _ _ , _		
80044680086		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT		L			
5- <b>00 00596221</b>	GU	IA FLEXIVEL PASSADO	R SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/E	SI226M    1	,	_ _  1		
80743230002		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORT					
6-				,, 				
24 - Especificação do material			11111		ı—ı—ı—I—I—I—I—I—I			
24 - Especificação do material								
25 - Observações / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 03109655942 em 03/02/2023 / Empresa / Titular: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	fissional Solicitante		28 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização			