

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92017821

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 92017821 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 28/07/2023 10:58 92017821 26/09/2023 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000014179159 06/06/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **GUSTAVO DE MENEZES CALDAS** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho **BRUNO BOSIO DA SILVA** 06 32301 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Data sugerida para Internação 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 03/08/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 26 - Previsão de uso de OPME C 1 2 Ν Ν 28 - Indicação Clínica RUPTURA DE BICEPS 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) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 2- **22** 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 3- **22** 30735041 LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 4- 98 08011961 PCT ARTROSCOPIA DE OMBRO - ENF - UNIORTE 5- **18** 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 6- **18** 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 8- |\_\_|\_| 9- | | | 10-| | | 11-12-I I I IDados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 / Empresa / Titular: WALMIR DE MENEZES CALDAS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

## 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 92017821 92017821 28/07/2023 10:58 92017821 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000014179159 8 - Nome **GUSTAVO DE MENEZES CALDAS** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **BRUNO BOSIO DA SILVA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica RUPTURA DE BICEPS RUPTURA DE BICEPS **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 72320915 DISPOSITIVO DE FIXACAO DE LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -80044680067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00712639 **GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 742010000** 80356130057 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009 00241202 80371250020 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 5- 00 71876561 ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -80083650063 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 75043114 SUTURA CIRURGICA TRANCADA UHMWPE COM AGULHA - 0234151-09 80083650067 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 / Empresa / Titular: WALMIR DE MENEZES CALDAS 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

## 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 92017821 92017821 28/07/2023 10:58 92017821 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000014179159 8 - Nome **GUSTAVO DE MENEZES CALDAS** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **BRUNO BOSIO DA SILVA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica **RUPTURA DE BICEPS RUPTURA DE BICEPS 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 00608459 PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2.36X198MM IIIA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 80082910131 |\_|\_|, |\_\_|\_|,|\_\_| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 / Empresa / Titular: WALMIR DE MENEZES CALDAS 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização 26 - Data da Solicitação