

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91126623

(Via HOSPITAL)

State of Automatics State													
Secretaria Sec	"	Número da Guia	Atribuído pela	a Operadora		9112	6623						
R. Validates de Candelle Septiment S	4 - Data da Autorização 09/05/2023 16:	t i	9112	11		ł							
10-Notice 10-N	Dados do Beneficiário												
10 - Nome 10 -	7 - Número da Carteira			1	eira	tt	de RN						
Comparison Commission Com	0050000035508127			25/02/2024		N							
CLEUZA MARIA CANDIDO DE MELLO Diacos do Contritation Solicitanies 10.246.2/14/0001-04 10.246	50 - Nome Social												
12- Código na Operadoria UNIONT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14- Nume do Perfessional Selecitamino DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 15- Consenho Prefessional 16- Número do Correctho 17- US 18- Código CBO DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 18- Consenho Prefessional 18- Número do Correctho 19- Código na Operadoria / CNP1 18- Código CBO UNIONT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 19- Código na Operadoria / CNP1 19- Código na Operadoria / CNP1 19- Código na Operadoria / CNP1 10- Contra de Mantenando 19- Código na Operadoria / CNP1 10- Contra de Mantenando 19- Código na Operadoria / CNP1 10- Contra de Mantenando 19- Código na Operadoria / CNP1 10- Contra de Mantenando 19- Código na Operadoria / CNP1 10- Contra de Mantenando 19- Código na Operadoria / CNP1 10- Contra de Mantenando 19- Contra de Mantenando 19- Contra de Mantenando 19- Contra de Mantenando 19- Prevendo de uso de Operadoria / CNP1 19- Prevendo de Mantenando 19- Prevendo	10 - Nome CLEUZA MARIA CANDIDO DE MELLO												
10.246.214/0001-04	Dados do Contratado Solic	itante											
15 - Conseino Professional Solicitante 15 - Conseino Professional 16 - Número do Conseino 17 - UF 18 - Codigo CBO DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 225270 41 225270 2	12 - Código na Operadora		13 - Nom	ne do Contratado									
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 196 19475 41 225270	10.246.214/0001-04		UNIOR	RT E ORTOPEDIA	A ESPECIALIZ	ZADA LTDA							
23 - Claster de Artendre (CRP) 21 - Des augnétique y l'acte 22 - Des Societados 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 12065/2023 00:00 12065/2023 12065/20			IEIRA		ii ii								
23 - Claster de Artendre (CRP) 21 - Des augnétique y l'acte 22 - Des Societados 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 00:00 12065/2023 12065/2023 00:00 12065/2023 12065/20	Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dado	os da Interna	ação									
22 - Caráster do Alendimento C 1 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Otote. Diárias Solicitadas 25 - Previsão de uso de OPIME 27 - Previsão de uso de OLimicoterápico 36 - Indicação Collicia INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO 29 - CID 10 Principal (opcionas) 30 - CID 10(2) (opcionas) 31 - CID 10(3) (opcionas) 32 - CID 10(4) (opcionas) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relincionado) 9 Procedimentos ou literia Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Coligo do Procedimento 36 - Descrição ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				,	citado			21 - Data sugerida para Internação					
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO 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 Acidemie (acidemie ou doença relacionado) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 1 - 22 30735093 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1												
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	i i	1	rnação 24	,	o 25 - Qtde. I	11		· 1					
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	28 - Indicação Clínica												
Second S													
36 - Descrição 36 - Descrição 37 - Otde Solic. 38 - Otde, 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) (0(2) (opcional	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)		- CID 10(4) (opcion	nal) 33 - Indicação de	` ' '					
1 - 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2 2 2 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1 3 3 2 2 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1 1 4 2 2 30735092 TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART 1 1 1 5 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 2 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 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solic	citados										
39 - Data provável da Admissão hospitalar 2	1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 22 30735092 5- 18 60000384 6- 18 6000805 7- 18 60024151 8-	Procedimento	ACRO RUPTI RESSI TENO DIARI DIARI	OMIOPLASTIA - PI URA DO MANGU ECCAO LATERA ITOMIA DA PORC A DE ACOMPANI A DE QUARTO C	ITO ROTADOR L DA CLAVICU AO LONGA D HANTE COM R COLETIVO DE	R - PROCEDIME JLA - PROCEDII O BICEPS - PRO REFEICAO COM 2 LEITOS COM	NTO VIDEOARTROS MENTO VIDEOARTR DCEDIMENTO VIDEO IPLETA BANHEIRO PRIVATI	RO 1 1 GCOP 1 1 OSC 1 1 DART 1 1 2 2 VO 2 2					
2 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04		ão hospitalar	10 - Qtde Diái	rias Autorizadas	41 - Tipo de Aco	modação autorizada	a						
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2023 /************************************	·			2	1	,							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/05/2023 /********************************** / Empresa / Titular: DJAL MA NICESIO DE MELLO	1 .	CNPJ autorizado	11			ZADA LTDA		11 -					
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

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 91126623	4 - Senha	5 - Data da Autorização 09/05/2023 16:20		puído pela Operadora 91126623								
Dados do Beneficiário		91120023		91126623	09/03/2023 10.20		91120023							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social												
0050000035508127	•	25 Nome Goda												
8 - Nome														
CLEUZA MARIA CANDIDO DE MELLO														
Dados do Profissional Solici														
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone	1 1	1 - E-mail									
DANIEL FERREIRA FE														
Dados da cirurgia														
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM A INDICAÇAO CLINICA EM A *****************1 EQUIPO 4 V	NEXO	o em conta************************************												
OPME Solicitadas														
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Soli	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado							
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento									
1- 00 71502718 80044680086	AN		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	3	- -	_ 3								
2- 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306						_ 2								
80777280006			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	-										
3- 00 00116700	CAI	NETA ABLACAO RF STRI	PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1		_ 1								
80743230025		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
00 70917540 CANULA PARA ARTROSCOPIA SET			PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA CO	1	_ _ _ ,	_ 1	_ ,							
80777280003														
5- 00 00622494	GA	NCHO COMPRESSAO SU		1		_ 1	,							
80356130057		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA											
6-	- 					_	,							
24 - Especificação do Material				I—I—I—I—I—I		—I—I								
2. Zoposnicayao ao matona.														
25 - Observação / Justificativa	272 0000 / Fraikida 001	05/0000 /*****	IIDO 41//AC	***********	/ Titulor: DIALMA NICECIO DE M									
reletone Contratado: (43)3	31∠-0900 / Emitido em 09/	U5/ZUZ3 /*********1 EQU	JIPO 4 VIAS - material hospital pago em conta*****	/ Empresa	TITUIAT: DJALMA NICESIO DE M	IELLU								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	o Responsável pela Autorização									
,														