

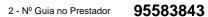
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95583843

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núm	nero da Guia	Atribuído	nela Onera	dora								
343269			ttribulao	poid Opera	uoru			955838	343				
4 - Data da Autorizaçã		5 - Senha	Q.	5583843	6 - Data de V		Senha 08/2024						
25/06/2024 09:41 95583843 24/08/2024 Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira	<u> </u>			8 - Val	idade da Carte	eira	9 -	Atendimento de	e RN]			
0050000002552275 21/01/				/2026			N						
50 - Nome Social													
10 - Nome ANTONIO FIALHO DE CARVALHO													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado													
10.246.214/0001-			UNI	ORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA						1.	
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA						15 - Conselho Profissional 16 - Número do 19475			Número do Co 475	onselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital /													
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para 30/06/2024 00:00 30/06/2024 00:00								1					
22 - Caráter do Atendim	ento 23	- Tipo de Inter	nação	24 - Regim	e de Internação 1	25 - Q1	tde. Diárias 2	Solicitadas 2	6 - Previsão	o de uso de OP	ME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MAN								,					
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)			0(2) (opci	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Ind			ndicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
Procedimentos ou It	ens Assist	enciais Solic	itados	,		,							
34 - Tabela 35 - C 1- 22 3073; 2- 22 3073; 3- 22 3073; 4- 18 6000; 6- 18 6000; 7-	5033 5068 5084 0384 0805 1151	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	AC RU RE DIA	PTURA D SSECCA ARIA DE A ARIA DE U	O MANGUITO LATERAL ACOMPANH QUARTO CO AXA DE APA	TO ROTAI DA CLAV ANTE CO OLETIVO ARELHO /	DOR - PR /ICULA - M REFEI DE 2 LEI EQUIPA	DEOARTROS OCEDIMEN' PROCEDIMI CAO COMPI TOS COM B. MENTO PAR	TO VIDE ENTO VI LETA ANHEIR	OARTROSO DEOARTRO O PRIVATIV	O 1 COP 1 OSC 1 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1 2 2 1
39 - Data provável da		nospitalar 4	l0 - Qtde	Diárias Auto	orizadas	41 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	1				
42 - Código na Operad	lora / CNP	.l autorizado	43 -	Nome do Ho		1 Autorizado							44 - Código CNES
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loc UNIORT E ORTOPED						ALIZADA	LTDA					6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 25/06/2024 / Empresa / Titular: ANTONIO FIALHO DE CARVALHO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
46 - Data da Solicitaçã	0	1 47 - Ass	sinatura c	lo Profission	al Solicitante	II 48 - Assir	natura do B	eneficiário ou F	Responsáv	el 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed #

"	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído	
343269	95583843		95583843	25/06/2024 09:41		95583843
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000002552275						
8 - Nome						
ANTONIO FIALHO DE C	ARVALHO					
Dados do Profissional Solicita	ante					
9 - Nome do profissional solicita	nte	10 - Telefone	11	- E-mail		
DANIEL FERREIRA FER	NANDES VIEIRA					
Dados da cirurgia		·				
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO F RUPTURA DO MANGUITO F						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Ma				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2/	0 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00712639	GANCHO COMPRESSAO SU		1	_ _ ,	_ 1	_ _ , _
80356130057		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00151360	EQUIPO P/IRRIGACAO 4VIAS	S (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM C)	1	_ _ ,	_ 1	_ _ , _
10216350077				_ _ _ _		
3- 00 71502718		ERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL J	3	,	_ 3	,
80044680086	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
4- 00 00499293		O OB F 2,9X5,5MM 892350000	2	,	_ 2	_ _ , _
80356130052	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _ _		
5- 00 00116700		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	1	_ _ _ ,	_ 1	_,
80743230025	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
6- 00 00241202	TROCATER ARTROSCOPICO		1	,	_ 1	_ _ , _
80371250020	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _		
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 25/06/2024 / Empresa / Titular: /	ANTONIO FIALHO DE CARVALHO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
			- 11			