

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93338644

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído nela Oner	adora			_				
343269										
4 - Data da Autorização 5 - Senha			6 - Data de Validade da							
29/11/2023 15:	04	93338644		28/01/2024						
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN										
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 005000001791918 20/10/2024					Atendimento de	e RN				
50 - Nome Social										
To Home Gode										
10 - Nome										
MARIA RINA LEAO DOS SANTOS										
Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora		13 - Nome do C		22501411742						
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA										
14 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA					15 - Conselho Profissional 16 - Número do 32301			onselho 17 - UF 18 - Código CBO 41 225270		18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação										
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação										
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 16/12/2023 00:00										
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internaç		nação 24 - Regir	24 - Regime de Internação 25 - 0		Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		revisão de uso de OPME 27 - F		Previsão de uso de Quimioterápico	
1	С		1	2		S			ı	J
28 - Indicação Clínica LESAO MANGUITO ROTADOR										
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID 10	O(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CID	10(4) (opcional)	33 - Indica	ação de Acid	ente (acident	te ou do	ença relacionada)
9										
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados										
34 - Tabela 35 - Código d	o Procedimento	36 - Descrição		CEDIMENTO VIII	DEO A DED OS	COBICO DE	OMPRO	37 - Qtd	le. Solic.	_
			LASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 O MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP 1 1							
3- 22 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1							1			
4- 98 08011961										
5- 18 60000805										
6- 18 60024151 ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR 1 1										
7- _	_							_		
8-	_							_		
10-								- 	! 	
11-								_	; i	 _
12-								_	_i	iii
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 4	10 - Qtde Diárias Au	itorizadas 41 -	- Tipo de Acomoda	ção autorizada]				
		2	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIAL									- 11	4 - Código CNES
10.246.214/0001-04		UNIORTE	ORTOPEDIA ES	SPECIALIZADA	LTDA				6	528104
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		itido em 29/11/202	23 / Empresa / Titu	ular: MARIA RINA	LEAO DOS S	ANTOS				
			, , , , , ,							
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do Profissio	onal Solicitante	48 - Assinatura do I	Beneficiário ou F	Responsável	49 - Assinat	tura do Resp	onsável	pela Autorização



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 93338644 93338644 29/11/2023 15:04 93338644 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000001791918 8 - Nome MARIA RINA LEAO DOS SANTOS Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **BRUNO BOSIO DA SILVA** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica LESAO MANGUITO ROTADOR LESAO MANGUITO ROTADOR **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 1- 00 100066879 CANULA DE DEBRIDACAO ART HORTRON - 4310.001-ST-CMAH-4.5/3.9-81288540024 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 72549912 ANCORAS JUGGERKNOT E JUGGERKNOTLESS - 010000324: 1.45 MM J 80044680279 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00622494 **GANCHO COMPRESSAO SUTURA BIP 74201000** 80356130057 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00241202 TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009 80371250020 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00608459 PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA 80082910131 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 6-24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 / Empresa / Titular: MARIA RINA LEAO DOS SANTOS 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização