

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92016790

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atr	adora									
343269		92016790										
4 - Data da Autorização 28/07/2023 10:18		11		6 - Data de Valid	26/09/202	3						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			† †	alidade da Carteira	!	- Atendiment						
0050000001930535			28/0	3/2025		N						
50 - Nome Social												
10 - Nome ZILDA DA SILVA DOS SANTOS												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 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			nselho	17 - UF	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Lo			da Internação					02001		11		
19 - Código na Operador			,	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação	
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 05/08/2023 00:00												
22 - Caráter do Atendimen	11 '		ção 24 - Regim	24 - Regime de Internação 1		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - 1		evisão de uso de OPN S	l t		- Previsão de uso de Quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)						D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de Ad	cidente (a	cidente ou d	loença relacionada)	
Procedimentos ou Iten												
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1- 22 30735033 ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO 1 1 2- 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO 1 1 3- 22 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC 1 1												
4- 18 600005	54		DIARIA DE	APARTAMENT	TO SIMPLES				1		1	
5- 18 600241												
6-	 	- - -							- - -	- - -	_ _ _	
10-	 _	- -							-	_ _	 _	
11- _ 12- _	_ _	. .							- -	_ _ _	_ 	
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12												
										44 - Código CNES 6528104		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 / Empresa / Titular: ZILDA DA SILVA DOS SANTOS												
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura de	Beneficiário o	ou Respo	onsável 49 - Assi	natura do	Responsáv	el 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 92016790 92016790 28/07/2023 10:18 92016790 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000001930535 8 - Nome **ZILDA DA SILVA 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 71502661 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVEL J 80044680086 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00608459 PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA 80082910131 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00241202 TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009 80371250020 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 00322229 **GANCHO COMPRESSAO SUTURA EXS2 741980000** 80356130057 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 6-24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/07/2023 / Empresa / Titular: ZILDA DA SILVA DOS SANTOS 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização