

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94863067

(Via HOSPITAL)

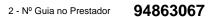
1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número d	a Guia Atrib	ouído pela Ope	radora			948630	067				
4 - Data da Autorização	5 -	Senha		6 - Data de Vali	idade da S	Senha		···				
22/04/2024	18:09		94863067	<u>-  </u>	06/	07/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN N												
50 - Nome Social												
10 - Nome NEUZI NENEVE CONCEICAO												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA												
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  14 - Nome do Profissional Solicitante   15 - Conselho Profissional   16 - Número do Conselho   17 - UF   18 - Código CBO												
DANIEL FERREIRA	FERNAND	DES VIEII	RA			06		194	175		41	225270
Dados do Hospital / Loc			-									
19 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	/ CNPJ	- 11		ital / Local Solicitad		ידו אחאי	٦٨			1	sugerida p 2 <b>024 00:0</b>	ara Internação
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo	de Internaç	IORT E ORTOPEDIA ESPECIALIA  ão   24 - Regime de Internação   25 - 0								- Previsão de uso de Quimioterápico	
1	23 - 1100	C	24 1109	1		2	Solicitadas   2	U - I TEVISAC	S	INIC   27 - 1	Tevisão de v	N
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGU	ITO ROTAD	OR DIREI	то									
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)												
B "											9	
Procedimentos ou Itens    34 - Tabela   35 - Códiç   1 - 22   3073503   2 - 22   3073506   3 - 22   3073506   4 - 22   3073506   5 - 18   6000055   6 - 18   6002415   7 -	o do Procedi 3 8 4 2		36 - Descriçã ACROMIO RUPTURA RESSECC TENOTOM DIARIA DE	PLASTIA - PRO DO MANGUITO AO LATERAL D IA DA PORCAC : APARTAMEN TAXA DE APAR	O ROTAI DA CLAV D LONGA TO SIMI	DOR - PR /ICULA - A DO BIC PLES	OCEDIMEN' PROCEDIMI EPS - PROC	TO VIDE ENTO VI CEDIMEN	OARTROSO DEOARTRO ITO VIDEO	O 1 COP 1 OSC 1 ART 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1  1  1  1
39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada												
			1	12	2							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA  44 - Código CNES 6528104												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 22/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL  46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	[] -	47 - Assinat	tura do Profissi	onal Solicitante	48 - Assii	natura do B	eneticiário ou F	kesponsáv	eı    49 - Ass	ınatura do	<b>Kesponsáv</b>	ei pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	11	- Senha			1 1	6 - Número da Guia atribuío	Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	94863067			94863067		22/04/2024 18:09		94863067	
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
8650003970285010									
8 - Nome									
<b>NEUZI NENEVE CONC</b>	EICAO								
Dados do Profissional Solid	citante								
9 - Nome do profissional solici	itante		10 - Telefone		11	- E-mail			
DANIEL FERREIRA FE	RNANDES VIEIRA								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO RUPTURA DO MANGUITO AUTORIZADO CONFORMI	ROTADOR DIREITO								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição	51 <b>6</b> 1 2			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa					23 - Nº Autorização (	de Funcionamento	_  3	,	
1- 00 71502718 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOT 80044680086 ARTHROM COMERCIO DE II			CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO		_		_  3	-	
2- 00 00499293 CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000			 	-   2		2	,		
80356130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPE			, ,	COSLTDA I	_,		-ı <b>-</b>	11117111	
3- 00 00116700 CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS					   1		1	,	
80743230025			IO DE IMPLANTESORTOPEDIO		_, · ·     _ _ _		-1	1-1-1-1-1/111	
4- 00 00712639	GAN	NCHO COMPRESSAO SUT	TURA BIP 742010000	L	 _  1		_  1	_ _ , _	
80356130057		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDI	COSLTDA			•		
5- 00241202	TRO	OCATER ARTROSCOPICO	8,25X90MM PARTRO009	I_	_  1	_ _ _ ,	_  1	_ _ , _	
80371250020		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDI	COSLTDA					
6- 00151360	EQL	JIPO P/IRRIGACAO 4VIAS	6 (CISTOZAMM - IRRIGAZAMM	c)  _	- <b>'</b>		_  1	_ _ ,	
10216350077									
24 - Especificação do Materia	I								
25 - Observação / Justificativa	ì								
Telefone Contratado: (43)3	3372-0900 / Emitido em 22/0	)4/2024 /AUTORIZADO CON	NFORME UNIMED DE ORIGEM	/ Empresa / Titular: C	ENTRAL NACION	IAL UNIMED COOPERATIVA CE	NTRAL		
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante					28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização			



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

Unimed A

1.					11						
"	- Número da Guia Referen	1	4 - Senha	0.400000	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd					
343269		94863067		94863067	22/04/2024 18:09		94863067				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
8650003970285010											
8 - Nome											
NEUZI NENEVE CONCE	ICAO										
Dados do Profissional Solicitante											
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	1	1 - E-mail						
DANIEL FERREIRA FER	NANDES VIEIRA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO F RUPTURA DO MANGUITO F AUTORIZADO CONFORME	ROTADOR DIREITO										
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Materia		22 - Referência do mater			de Funcionamento						
7- <b>101152272</b> <b>80044680491</b>	ANG		P - CM-9145SP: ANCORA QUATTRO			_  1	_ ,				
8-		ARTHROW COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	.IDA   <u>                                    </u>							
<sup>0-</sup>	 					_	_ _ , _				
	-IIII 	IIIIII		 		 -					
							I—I—I—I"I—I				
10-		11111		 			_ _ ,				
	,, .			  _		_,					
11-				_  _  _  _	_   _ , _ ,	_	,				
					_ _ _ _	_ _					
12-				_   _	_   _ _ ,	_	_ _ , _				
					_ _ _ _						
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa											
Telefone Contratado: (43)33	72-0900 / Emitido em 22/	04/2024 /AUTORIZADO COI	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Em	oresa / Titular: CENTRAL NACIO	NAL UNIMED COOPERATIVA CE	ENTRAL					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pn	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização						
20 - Data da Solicitação	21 - Assiliatula do Fi	onssional Solicitante		20 - Assillatula u	o Nesponsavei pela Autorização						