

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 93425214	
4 - Data da Autorização 07/12/2023 10:23	5 - Senha 93425214	6 - Data de Validade da Senha 10/02/2024

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 9750000018264215	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome RUY ANTONIO ROSSI		

Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04	13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME RUFINI ISOLANI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 31668	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA				21 - Data sugerida para Internação 27/12/2023 07:00	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico	

28 - Indicação Clínica COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA	
---	--

29 - CID 10 Principal (opcional) M169	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
1- 22	30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATA	1	1	
2- 18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	1	1	
3- 18	60000554	DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES	2	2	
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 2	41 - Tipo de Acomodação autorizada 12	
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 07/12/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPSITE INCISE PELI CULA ADESIVA INCISIONAL (campo adesivo) incluso em taxa de sala conforme M.A CIENTE E DE ACORDO .REFERENTE AO MATERIAL (1X) LAP IMPERMEÁVEL D ESCARTÁVEL - INCLUSO NAS TAXA DE SALA *** MEDICO NÃO COOPERADO **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA D E PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE. ** / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

[illegible]