

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95964126

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95964126							4400					
	<u></u>	E Conho		Doto do	Validada da	Conho	9596	4126				
4 - Data da Autorização 29/07/2024 16:30		5 - Senha 95964126		11	6 - Data de Validade da \$ 29/		/09/2024					
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira	,		8	- Validade da Car	rteira	9 -	Atendimento	de RN				
1510000030320017							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
VALDENEI MARTINS DE MELO												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operado 10.246.214/0001-04	12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profission	al Solicitant	te					elho Profissio	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
GUILHERME RUFI	NI ISOLA	ANI				06 31668			31668		41	225270
Dados do Hospital / Lo			•							1.		
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		11		ospital / Local Soli		ZADA I T	DA			11	a sugerida p 2 024 10:0	ara Internação 0
22 - Caráter do Atendime		Tipo de Interna	NIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZ ação 24 - Regime de Internação 25 - Q								Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С		1		2						
28 - Indicação Clínica COXARTROSE QUAI			:									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(3			2) (opcional)	(opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionad 9			oença relacionada)
Procedimentos ou Iter	ıs Assisten	nciais Solicita	ados	-		-						
34 - Tabela 35 - Cóc 1- 22 30724(cedimento	DIARIA	PLASTIA (QUA DE QUARTO (COLETIVO	DE 2 LEI	TOS COM	BANH	QUADRIL) - TRA	ATA 1 //O 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 2
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada												
2 1 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES												
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104								6528104				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/07/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM DR GUILHERME RUFINI ISOLANIMÉDICO NÃO CO OPERADO **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTÃO. HONORÁRIOS MÉDICOS POR CONTA DO CLIENTE. ** / Empresa / Titular: UNIMED APUCARANA												
46 - Data da Solicitação		47 - Δesir	natura do Profi	ssional Solicitante	48 - Δος	inatura do F	eneficiário o	u Respo	onsável 49 - As	sinatura do	Responsáv	al nela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 95964126	4 - Senha	95964126	5 - Data da Autorização 29/07/2024 16:30	6 - Número da Guia atribuío	do pela Operadora 95964126		
		93904120		95904120	29/07/2024 10:30		93904120		
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
1510000030320017		29 - Nome Social							
8 - Nome VALDENEI MARTINS D	E MELO								
Dados do Profissional Solici	tante								
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	11	- E-mail				
GUILHERME RUFINI IS	OLANI								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica OPME CONFORME PEDIDI COXARTROSE QUADRIL C AUTORIZADO CONFORME POR CONTA DO CLIENTE.	COM DOR REFRATÁRIA E UNIMED DE ORIGEM D	OR GUILHERME RUFINI ISO	LANIMÉDICO NÃO COOPERADO **GUIA V.	ÁLIDA SOMENTE P/AS DES	PESAS HOSPITALARES E ANE	STESISTA DE PLANTÃO.	HONORÁRIOS MÉDICOS		
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 74326546 80175510058	ACE		CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065- SIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	I—I		_ 2	,		
	COL		ARES CERAMICOS - 00-8775-008-32	\	_!!!	1 4			
2- 73993514 80044680286	CON		:IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	- -		
3- 73997463	шлс		MENTADA - 00-7711-009-20	\	_!!!	I 1			
80044680304	пас		:IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	_ ,		
4- 74004093	CAE		RAMICA ZIMMER - 00-8775-032-01	·		_ 1			
80044680330	CAE		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ '	- - -		
5- 00 74899910	CHE		ALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPU			1			
80044680269	001		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		: - : : : : :	_ '			
6-		/III III OIII OOIII EIG	DE E E E E E E E E E E E E E E	·					
• <u> _ </u>					-ı ı <u>ı-ı-ı-ııı-ı-</u>	-ı ı—ı—ı—ı _ _	1-1-1-1-1'1-1-1		
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)33 S E ANESTESISTA DE PLA	372-0900 / Emitido em 29/0 NTÃO. HONORÁRIOS ME	D7/2024 /AUTORIZADO CON ÉDICOS POR CONTA DO CI	NFORME UNIMED DE ORIGEM DR GUILHE LIENTE. ** / Empresa / Titular: UNIMED APU	ERME RUFINI ISOLANIMÉDI UCARANA	CO NÃO COOPERADO **GUIA	VÁLIDA SOMENTE P/AS	DESPESAS HOSPITALARE		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização				