

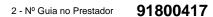
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91800417

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuído pe	la Operadora		9180	00417				
4 - Data da Autorização 07/07/2023 18:	5 - Senha		6 - Data de \	/alidade da Sen 09/09/	1					
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Carte	eira	9 - Atendimento					
9700022005723826			30/11/2022		N					
50 - Nome Social										
10 - Nome ANDRE LUIS KOJICOWSKI DA SILVA										
Dados do Contratado Solio	itante									
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		11	ne do Contratado CIACAO EVANGI	ELICA BENE	FICENTE DE L	ONDRII	NA			
14 - Nome do Profissional Solicitante TOMAS SEIBEL					11 11		16 - Número do Co 36495	onselho 17 - UF 41	18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dad	dos da Intern	ação							
19 - Código na Operadora / C 78.613.841/0001-61	:NPJ		Hospital / Local Solici		ENTE DE LONI	DRINA		21 - Data sugerida 17/07/2023 00:		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int	ernação 24	4 - Regime de Internação 1	25 - Qtde.	Diárias Solicitadas	26 - Prev	risão de uso de OPN	ME 27 - Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica			<u> </u>							
29 - CID 10 Principal (opciona	al) 30 - CID	10(2) (opciona	31 - CID 10(3) (opcional) 32	2 - CID 10(4) (opcior	nal) 3	3 - Indicação de A	cidente (acidente ou	doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	citados								
34 - Tabela 35 - Código d 1- 22 30724058 2- 22 30731127 3- 18 60000554 4-	o Procedimento	ARTR TENC	escrição ROPLASTIA (QUAL PPLASTIA DE TEN IA DE APARTAME	DAO EM OUTENTO SIMPLI	TRAS REGIOES			1 2 	1 1 2	
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar	40 - Qtde Diá	árias Autorizadas		omodação autorizad	la				
42 - Código na Operadora / 0	CNP.I autorizado	43 - Nor	ne do Hospital / Local	12 Autorizado					44 - Código CNES	
78.613.841/0001-61		11	CIACAO EVANGI		FICENTE DE L	ONDRI	NA		2550792	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 07/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** REERENTE AO MATERIAL 04 UNIDADES DE PR OTEÇÃO INDIVIDUAL - material incluso em taxa hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS										
46 - Data da Solicitação	47 - As	ssinatura do F	Profissional Solicitante	48 - Assinatu	ıra do Beneficiário o	u Respon	sável 49 - Assi	inatura do Responsá	vel pela Autorização	



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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha	Senha		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		91800417		91800417	07/07/2023 18:54	91800417	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9700022005723826							
8 - Nome							
ANDRE LUIS KOJICO	VSKI DA SILVA						
Dados do Profissional Solid	itante						
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
TOMAS SEIBEL							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTRODESE DE QUADRI ARTRODESE DE QUADRI AUTORIZADO CONFORM	_	** REERENTE AO MATERIA	AL 04 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - ma	aterial incluso em taxa	a hospitalar		
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Mat		22 - Referência do materi		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 74326546	ACI		CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30		_ _ ,	_ 2 _ ,	
80175510058 2- 73993514	001		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
80044680286	COI		ARES CERAMICOS - 00-8775-008-32 DIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_	_ 1	
3- 73997463	на		MENTADA - 00-7711-009-20			_ 1	
80044680304	IIA		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 74004425	CAI		RAMICA ZIMMER - 00-8777-032-01			_ 1	
80044680330			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>			
5- 00 74899910	CUI	PULA ACETABULAR META	ALICA ZIMMER - 00-8753-048-01 - CUPULA			_ 1	
80044680269		ARTHROM COMERC	IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 _ _ _ _ _			
6-	_ _ _		 		_		
						_ _	
24 - Especificação do Materia							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 07/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM *** REERENTE AO MATERIAL 04 UNIDADES DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - material incluso em taxa hospitalar / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERAÇÃO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr		POP ENATIVAS MEDICAS	28 - Assinatura do	n Responsável pela Autorização		
1	11			11	•		