

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93425214

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Núme	ero da Gui	a Atribuído	pela Opera	adora			9342	5214						
4 - Data da Autorização		5 - Senh	a		6 - Data de V	/alidade da S	Senha								
07/12/2023	3 10:23		9	3425214		10/	02/2024								
Dados do Beneficiário				lla v			100			_					
7 - Número da Carteira 975000001826421	5			8 - Va	alidade da Carte	eira	9-	Atendimento N	ae KN						
50 - Nome Social															
10 - Nome RUY ANTONIO RO	10 - Nome RUY ANTONIO ROSSI														
Dados do Contratado Solicitante															
12 - Código na Operado			H	Nome do C		ESDECI	11 17 A D A	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															
GUILHERME RUFI					06			31668			41	225270			
Dados do Hospital / Lo	ocal Solici	itado / Da	dos da In	Internação											
19 - Código na Operado			t	lome do Hospital / Local Solicitado										ara Internação	
			UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALI				,						/12/2023 07:00		
1	2 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Inte		ternação	rnação 24 - Regime de Internação		25 - Q	25 - Qtde. Diárias Solicitadas		26 - Prev	- Previsão de uso de OPME S		27 - P	revisão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica															
29 - CID 10 Principal (op	ocional)	30 - CID	10(2) (opc	ional)	31 - CID 10(3) (oncional	32 - CID	10(4) (ancien	nal) 3	3 - Indic	ação do Asi	Nonto (ac	idente eu c	loenca relacionada)	
M169			10(2) (opc	(opcional) 31 - CID 10(3) (opc			ional) 32 - CID 10(4) (opcional)			9				iocniça relacionada)	
Procedimentos ou Iter	ns Assiste	enciais So	licitados												
1	-	ocedimento		- Descrição									- Qtde. Soli		
1- 22 307240 2- 18 600003 3- 18 600003 4-	384 554 		DI	ARIA DE ARIA DE	ASTIA (QUAL ACOMPANH APARTAME	IANTE CO	M REFEI PLES	CAO COM	IPLETA			A 1 1 2		1 1 2 - - - -	
39 - Data provável da Ad		ospitalar	40 - Qtde	Diárias Au	itorizadas	41 - Tipo de	Acomodaç	ão autorizad	la						
				2		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 / Justifi Telefone Contratado: CULA ADESIVA INCI ESCARTÁVEL - INC E PLANTAO. HONOR	(43)3372 SIONAL (LUSO NA	campo a	desivo) in DE SALA	cluso em ta *** MEDI	axa de sala co ICO NÃO COO	onforme M.A OPERADO	A CIENTE **GUIA V	E DE ACOF ÁLIDA SOM	RDO .RE MENTE P	FEREN AS DE	ITE AO MA SPESAS H	TERIAL	(1X) LAP	IMPERMEÁVEL D	

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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 93425214 93425214 07/12/2023 10:23 93425214 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 9750000018264215 8 - Nome **RUY ANTONIO ROSSI** Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **GUILHERME RUFINI ISOLANI** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica **EM ANEXO** COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATARIA AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL (campo adesivo) incluso em taxa de sala conforme M.A CIENTE E DE ACORDO .REFERENTE AO MAT ERIAL (1X) LAP IMPERMEÁVEL DESCARTÁVEL - INCLUSO NAS TAXA DE SALA *** MEDICO NÃO COOPERADO **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDIC OS POR CONTA DO CLIENTE. ** **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 74326546 ACETABULO POLIETILENO CIMENTADO ZCA ZIMMER - 00-6250-065-30 80175510058 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 74320866 COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER : 80175510040 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 3- 00 73987255 ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8 80044680259 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 00 74004379 CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-032-02 |__|__|, 80044680330 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 5- 00 74900676 CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-8753-056-01 - CUPULA ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 80044680269 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 07/12/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL (campo adesivo) incluso em taxa de sala c onforme M.A CIENTE E DE ACORDO. REFERENTE AO MATERIAL (1X) LAP IMPERMEÁVEL DESCARTÁVEL - INCLUSO NAS TAXA DE SALA *** MEDICO NÃO COOPERADO **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALA RES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE. ** / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização