

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

90347542

(Via HOSPITAL)

- Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 90347542											
4 - Data da Autorização 5 - Senha		90347542	6 - Data de Validade da		Senha /05/2023						
Dados do Beneficiário		30041042		01/00/2020							
7 - Número da Carteira		8 - Val	lidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN					
0050000013706546 30/10/2023					N						
50 - Nome Social											
10 - Nome MAURO MARTINS											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional So GUILHERME RUFINI IS		15 - Conselho Profissional 06			16 - Número do Conselho 31666		17 - UF 41	18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local S	Solicitado / Dados	s da Internação									
19 - Código na Operadora / C	11	- Nome do Hospita						21 - Data	sugerida p	ara Internação	
10.246.214/0001-04	U	NIORT E ORTO	OPEDIA ESPE	CIALIZADA L	TDA						
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Intern	ação 24 - Regim	e de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de Of	PME 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE											
29 - CID 10 Principal (opcional			1 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CII	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de .	Acidente (ad	cidente ou c 9	ioença relacionada)	
	o Procedimento	36 - Descrição						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30724058 2- 18 60000384 3- 18 60000805 4-		ARTROPLA DIARIA DE A DIARIA DE	ACOMPANHAN QUARTO COL	ITE COM REFI	EICAO COM	IPLET/ BANH	IEIRO PRIVATI	ATA 1		1 1 2 	
39 - Data provável da Admiss	ão hospitalar 40) - Qtde Diárias Aut	orizadas 41 -	- Tipo de Acomod	ação autorizad	la					
,		2	1								
42 - Código na Operadora / C 10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11	ospital / Local Auto		A LTDA					44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/03/2023 /************************************											



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

	_						
1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	1	4 - Senha	5 - Data da Autorização 02/03/2023 15:07	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269	90347542			90347542		903	
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000013706546							
8 - Nome							
MAURO MARTINS							
Dados do Profissional Solic	itante						
9 - Nome do profissional solicitante			10 - Telefone	1.	1 - E-mail		
GUILHERME RUFINI ISOLANI							
Dados da cirurgia							
COXARTROSE QUADRIL	COM DOR REFRATARIA A OMENTE PARA DESPES	AO TRATAMENTO CONSER	VADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE VADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE TESISTA // HONORÁRIO DO MÉDICO NÃO COC	PERADO SERA POF	R CONTA DO CLIENTE***********	****02 OPSITE - pago em c	onta / 01 LAP IMPERMEA
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate				23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 73999016	HAS		IENTADA - 00-7711-009-00	<u> </u>		_ 1	,
80044680304			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	. _ _ _ _			
2- 00 00688533	PARAFUSO ACETABULAR 6,5X20MM 00-6250-065-20]			<u> 2 </u>		_ 2	,
80044680308			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	.			
3- 00 73988430	ACI		MPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8	1		_ 1	,
80044680259			IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 74003976	CAI		RAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02	_ 1		_ 1	,
80044680330	0.41		IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5- 00 72551500 80044680302	CAI		METALICAS - 00-8753-046-01 COMPONEN IO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ 1		_ 1	_ ,
		AKTHKOW COWERC	IO DE IMPLANTESONTOPEDICOSETDA				
6-					_	-I	_ _ , _
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa		/02/2022 /***************	LUDA COMENTE DADA DECREGACILIOCRITALAS	DEC E ANECTECICEA	// LIONODÁDIO DO MÉDICO NÃ	(O COORERADO SERA 5	OOD CONTA DO OUTENTE
		U3/2023 / GUIA VA PERMEAVEL DESCARTAVE	LLIDA SOMENTE PARA DESPESAS HOSPITALAF :L - EPI incluso em taxa / Empresa / Titular: C(// HONOKARIO DO MEDICO NA TIVA AGROINDUSTRIAL	O COOPERADO SERA F	OR CONTA DO CLIENTE
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		