

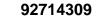
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92714309

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - Número	da Guia Atribuíd	lo pela Operadora										
343269				9271	4309							
4 - Data da Autorização 02/10/2023 09:35	- Senha	92714309	Data de Validade da S	enha 1 2/2023								
Dados do Beneficiário	•	927 14309	04/	12/2023								
7 - Número da Carteira		8 - Validade	e da Carteira	9 - Atendimento	de RN							
9750000018161416	9750000018161416 31/10/2023											
50 - Nome Social												
10 - Nome ROBERTO CARLOS SOTTILE												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora	13	- Nome do Contrat	tado									
10.246.214/0001-04	UN	NIORT E ORTO	PEDIA ESPECIA	LIZADA LTDA								
14 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME RUFINI SOLAN			11	15 - Conselho Profissio	onal 16 - Número do C 31666	Conselho 17 - UF 18 - Código CBO						
Dados do Hospital / Local Solicitad	do / Dados da Ii	nternação										
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação												
10.246.214/0001-04			DIA ESPECIALIZ			10/10/2023 07:00						
22 - Caráter do Atendimento 23 - Ti	po de Internação C	24 - Regime de I	Internação 25 - Qt	de. Diárias Solicitadas 2	26 - Previsão de uso de OF	PME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico						
28 - Indicação Clínica COXARTROSE QUADRIL												
29 - CID 10 Principal (opcional) 3 M169			ID 10(3) (opcional)	(opcional) 32 - CID 10(4) (opcional)		Acidente (acidente ou doença relacionada)						
Procedimentos ou Itens Assistenc	iais Solicitados											
34 - Tabela 35 - Código do Proce	A D	IARIA DE ACO IARIA DE APA	MPANHANTE COI	M REFEICAO CON PLES		37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. ATA 1 1 1 1 2 2						
39 - Data provável da Admissão hosp	oitalar 40 - Qtd	le Diárias Autorizad	das 41 - Tipo de	Acomodação autorizad	a							
		2	12									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Loca UNIORT E ORTOPEDI				A ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNI 6528104								
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/10/2023 /********MÉDICO NÃO COOPERADO************************************												



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ŀ	4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora						
343269		92714309			92714309	02/10/2023 09:35		92714309					
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social											
9750000018161416													
8 - Nome													
ROBERTO CARLOS S	OTTILE												
Dados do Profissional Solicitante													
9 - Nome do profissional solici		10	- Telefone	1	I1 - E-mail								
GUILHERME RUFINI S	OLANI												
Dados da cirurgia													
12 - Justificativa técnica CFME PEDIDO ANEXO COXARTROSE QUADRIL ********MÉDICO NÃO COC	PERADO************************************	JIA VÁLIDA SOMENTE P/AS	S DESPESAS	S HOSPITALARES E ANESTESISTA DI	E PLANTAO. HONOF	RÁRIOS MEDICOS POR CONTA E	OO CLIENTE. **						
OPME Solicitadas													
13 - Tabela 14 - Código do I 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabrica	nto		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic o de Funcionamento	itado 19 - Qtde.	Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
1- 74320866			ARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER - _ 1				_ 1	_ _ ,_					
80175510040				LANTESORTOPEDICOSLTDA			-ı ·	I—I—I—I'I—I					
2- 72207655	SIS			STITUICAO TOTAL DE QUADRIL	1		1	1111111					
80044680220				LANTESORTOPEDICOSLTDA	 			1-1-1-1/1-1-1					
3- 72466901	SIS	TEMA DE QUADRIL DUA	L MOBILITY	/ - 110024462: REVESTIMENTO A	1		_ 1	,					
80044680251		ARTHROM COMER	CIO DE IMP	LANTESORTOPEDICOSLTDA	· · ·								
4- 72466740	SIS	TEMA DE QUADRIL DUA	L MOBILITY	/ - XL-200146: SUPORTE DUAL M	_ 1	_ _ _ ,	_ 1	,					
80044680251		ARTHROM COMER	CIO DE IMP	LANTESORTOPEDICOSLTDA									
5- 74004018	CAI	BECAS FEMORAIS DE CE	ERAMICA Z	IMMER - 00-8775-028-01	1	_ _ _ , _	_ 1	,					
80044680330		ARTHROM COMER	CIO DE IMP	LANTESORTOPEDICOSLTDA									
6- 72208619	SIS	TEMA NAO CIMENTADO	PARA SUB	STITUICAO TOTAL DE QUADRIL	2	,	_ 2	,					
80044680220		ARTHROM COMER	CIO DE IMP	LANTESORTOPEDICOSLTDA									
24 - Especificação do Materia													
25 - Observação / Justificativa													
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 02/10/2023 /********MÉDICO NÃO COOPERADO************************************													
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante			28 - Assinatura d	do Responsável pela Autorização							