

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90625493

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número	o da Guia Atri	buído pela Opera	dora								
343269	<u> </u>						9062	5493				
4 - Data da Autorização 27/03/2023	11	5 - Senha	90625493	6 - Data de Valid		enha)5/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 0050000030398617	,		11	lidade da Carteira 3/2024	I	9 -	Atendimento N	de RN				
50 - Nome Social												
10 - Nome KENEHIKO TOKUT												
Dados do Contratado												
12 - Código na Operador			13 - Nome do C	ontratado								
	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									T		
14 - Nome do Profissiona GUILHERME RUFI					- 11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do 31666			16 - Número do (Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Lo												
19 - Código na Operado 10.246.214/0001-04		- 11	•	al / Local Solicitado DPEDIA ESPE		ADA LT	DA			21 - Data	a sugerida p	ara Internação
22 - Caráter do Atendimen	to 23 - Ti	ipo de Interna	ção 24 - Regim	ie de Internação	25 - Qto	de. Diárias	Solicitadas	26 - Pr	evisão de uso de O	PME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica COXOTROSE QUADR												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) M169) (opcional) 3	opcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			10(4) (opcior	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			oença relacionada)		
Procedimentos ou Iten	s Assistenc	ciais Solicita	dos									
34 - Tabela 35 - Cód 1- 22 307240 2- 18 600003 3- 18 600008 4-	58 84	edimento	DIARIA DE	ACOMPANHAN QUARTO COL	NTE COI	M REFEI DE 2 LEI	CAO CON	BANH	IEIRO PRIVATI	ATA 1 VO 2	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 2
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admissão hospitalar 2 40 - Qtde Diárias Autorizadas 2 1												
							44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2023 /********************************* / Empresa / Titular: SANAE TOKUTSUNE 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Responsável 149 - Assinatura do												



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

1 "	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		00005400	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atri	· · ·		
343269		90625493			90625493	27/03/2023 10:01		90625493		
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		OO Nama Casial								
0050000030398617		29 - Nome Social								
8 - Nome	_									
KENEHIKO TOKUTSUNE										
Dados do Profissional Solicit				1.						
9 - Nome do profissional solicitante				- Telefone		1 - E-mail				
GUILHERME RUFINI ISOLANI										
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica COXOTROSE QUADRIL COM DOR REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE COXOTROSE QUADRIL COM DOR REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE ***********************************										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mater		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricar	inte		de. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autoriza	da 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 73999016	73999016 HASTES FEMORAIS NAO CIMEN			- 00-7711-009-00	<u> </u> 1	, ,	_ 1	,		
80044680304	0044680304 ARTHROM COMERCIO D			PLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00 00688533 PARAFUSO ACETABULAR 6,5X2			,5X20MM 0	00-6250-065-20]	2	,	_ 2	,		
80044680308 ARTHROM COMERCIO DE IMPL			PLANTESORTOPEDICOSLTDA							
3- 73988430 ACETABULO POLIETILENO IMPA			_		1	,	_ 1	,		
80044680259				PLANTESORTOPEDICOSLTDA						
4- 74003976	CAI	BECAS FEMORAIS DE CE			1		_ 1	,		
80044680330				PLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5- 00 72551500	CAI			CAS - 00-8753-046-01 COMPONEN	_ 1		_ 1	,		
80044680302		ARTHROM COMERC	SIO DE IMP	PLANTESORTOPEDICOSLTDA						
6-	- 		1 1 1 1				_	•		
24 - Especificação do Material	-	IIIIII			I—I—I—I—I					
24 - Especificação do Iviaterial										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 27/03/2023 /************************************										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura o	lo Responsável pela Autorização				