Unimed 🕰 **GUIA DE SOLICITAÇÃO** 2 - Nº Guia no Prestador 93334142 DE INTERNAÇÃO (Via HOSPITAL) 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 343269 93334142 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 29/11/2023 10:42 93334142 28/01/2024 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000000112375 16/07/2024 Ν 50 - Nome Social 10 - Nome **ALYRIO SABOIA EUMANN** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 17 - UF 18 - Código CBO 16 - Número do Conselho 225270 28617 JOAO PAULO FERNANDES GUERREIRO 06 41 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para Internação 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 21/12/2023 00:00 22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico C 1 2 S Ν 28 - Indicação Clínica ARTROSE DE JOELHO DIREITO 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição 1- 22 30726034 ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES - TRATAMENTO CIR 1 1 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 2 2 3- **18** 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 2 4- |\_\_|\_| 5- \_\_\_\_ 6- |\_\_|\_\_| 11-12-|\_\_|\_ |\_\_|\_| Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada 12 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 / Empresa / Titular: ALYRIO SABOIA EUMANN

46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatu

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

	3 - Número da Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		93334142		93334142	29/11/2023 10:42		93334142
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
005000000112375							
8 - Nome							
ALYRIO SABOIA EUMANN							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail							
JOAO PAULO FERNAN	IDES GUERREIRO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica ARTROSE DE JOELHO DI ARTROSE DE JOELHO DII							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	tado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>73991953</b> <b>80044680277</b>	COI		PTION COM RESTRICAO - 00-5996-014-52 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u>	,	_  1	_ ,
2- 74896717	COL		LICO PRECOAT ZIMMER - 00-5980-037-01 C			_  1	,
80044680257	00.		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 		-! '	IIII'III
3- <b>00 74904590</b>	INS		DLIETILENO COM RESTRICAO FIXO - 00-596	    1		_  1	,
80044680272		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	  _ _ _ _ _ _		•	
4- 00 72397950	CIM	IENTO OSSEO PARA ORT	TOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD C	<u>  </u> 2	_ _ _ ,	_  2	_ _ , _
10243070064		ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
5-	_ _ _			_   _ _	_		_ _ , _
		_ _ _ _			_ _ _ _		
6-	_			_ - 	_	-	,
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 29/11/2023 / Empresa / Titular: ALYRIO SABOIA EUMANN							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		