

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94884589

(Via HOSPITAL)

1 "	Número da Guia	a Atribuído	pela Opera	dora								
343269							948845	89				
4 - Data da Autorização 24/04/2024 09:43 5 - Senha 94884589 6 - Data			6 - Data de V		Senha <b>07/2024</b>							
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carte	eira	9 -	Atendimento de	RN				
8650000147433092							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome ROBINSON MELLUNS KEMMER												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		- 11	Nome do Co									
10.246.214/0001-04		UNI	IORT E O	RTOPEDIA	ESPECIA							
14 - Nome do Profissional So JOAO PAULO FERNA		RREIRO				15 - Conselho Profissional 16 - Número do 28617			Número do Co 317	onselho	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Da	dos da Int	ernação									
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 06/05/2024 00:00										•		
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Int							S - Previsão			7 - Previsão de uso de Quimioterápico	
1	C	iomação	24 Rogiiii	1		2	Cononadas	- Trevioue	S			N
28 - Indicação Clínica ARTROSE GRAVE DE JO	ELHO ESQU	ERDO CO	OM DOR IN	ITRATAVEL								
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)		ional) 3	31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença rela <b>9</b>		oença relacionada)		
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	licitados										
34 - Tabela   35 - Código of	o Procedimento	AR Di <i>l</i>	ARIA DE A	ACOMPANH QUARTO CO	ANTE CO	M REFEI	I IMPLANTES	LETA ANHEIRO	O PRIVATIV	CIR 1 2	- Qtde. Soli	2 2
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	11	41 - Tipo de <b>1</b>	Acomodaç	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado					ALIZADA	LTDA	1				44 - Código CNES <b>6528104</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED C OOPERATIVA CENTRAL												
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura	do Profission	al Solicitante	48 - Assir	natura do B	eneficiário ou R	esponsáv	el 49 - Ass	inatura do l	Responsávo	el pela Autorização



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		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	· · ·		
343269		94884589		94884589	24/04/2024 09:43		94884589		
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social							
8650000147433092									
8 - Nome									
ROBINSON MELLUNS	KEMMER								
Dados do Profissional Solic	itante								
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail				
JOAO PAULO FERNAN	NDES GUERREIRO								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica ARTROSE GRAVE DE JO ARTROSE GRAVE DE JO AUTORIZADO CONFORMI	ELHO ESQUERDO COM								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do N 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mater	rial no fabricante	16 - Opção 17 - Qtd 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizado	a 20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 74949861			ENO ESTABILIZADO ZIMMER - 42-5226-00		_ _ ,	_  1			
80044680317	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA								
2- 00 74931105	BAS	SE TIBIAL METALICA - 42	-5320-067-02 BASE TIBIAL CIMENTADA P	PE  _  1	,	_  1	,		
80044680301		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
3- <b>00 72397950</b>	397950 CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1A VISCOSIDADE STANDARD				,	_  2	,		
10243070064		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _				
4- 00 02967227	COI		S PERSONA STD DIREITO 05 42-5006-058-	-02  _  1		_  1	,		
80044680307			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
5- <b>74932047</b> <b>80044680301</b>	BAS		-5570-001-14 COMPONENTE HASTE TIBI <i>A</i> CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	AL  _  1	,	_  1	,		
6-		ARTHROW COMERC	GIO DE IMPLANTESOR TOPEDICOSETDA						
	 					_	_ _  <sub> </sub>  _  <sub> </sub>		
24 - Especificação do Material									
25 - Observação / Justificativa									
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 24/04/2024 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização				
	II.			П					