

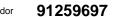
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91259697

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	adora			912596	697				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 91259697 6 - Data de				6 - Data de \		Senha 07/2023						
Dados do Beneficiário				''								
7 - Número da Carteira			8 - Va	alidade da Carte	eira	9 -	Atendimento d	e RN				
9769767500048004 30/09/2023							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome ANEDIO DARIO GARCIA												
Dados do Contratado So	licitante											
12 - Código na Operadora		11	Nome do C									
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E C	ORTOPEDIA	ESPECIA							
14 - Nome do Profissional S ALEXANDRE RIBEIR		Ά				15 - Conse 06	elho Profissiona	- 11	16 - Número do 28281	Conselho	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Loca	l Solicitado / Da	ados da Inte	ernação									
19 - Código na Operadora / 10.246.214/0001-04	CNPJ	11		al / Local Solici		ADA LT	DA			11	a sugerida p 2023 00:0	para Internação 00
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regim	ne de Internação	25 - Q	tde. Diárias	Solicitadas 2	?6 - Prev	isão de uso de C	PME 27 - I	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica M232 TRANST MENISC												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)				onal) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 -			2 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de			Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		
Procedimentos ou Itens A	Assistenciais So	olicitados										
1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 18 60000554) !	REI OS DIA	TEOCON ARIA DE	U SUTURA I IDROPLAST APARTAME	TIA - ESTA ENTO SIMI	BILIZAC	AO, RESSE	CCAO	VIDEOARTR E/OU PLAST	OSC 1 FIA # 1	- Qtde. Sol	1 1 1
4- 18 60024151 5-		ALC	UGUELI	AXA DE APA	ARELHO /	EQUIPA	MENIO PAR	KA AK	TROSCOPIA	PAR 1		
Dados da autorização	anão has litela	40 044	Diárica A	torizodo -	44 Tine di	A 00m = -1	ão outorii	7				
39 - Data provável da Admi	ssao nospitalar	40 - Qtde	Diárias Aut 1	11	41 - Tipo de 12	Acomodaç	ão autorizada					
							44 - Código CNES 6528104					
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/05/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30 733090 CONFORME CONCORDANCIA DO MA. / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERACAO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS M EDICAS												
46 - Data da Solicitação	47 - /	Assinatura d	lo Profissio	nal Solicitante	48 - Assi	natura do E	eneficiário ou f	Respons	sável 49 - A	ssinatura do	Responsáv	rel pela Autorização



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		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribu	· · ·				
343269		91259697		9125969	19/05/2023 17:14		91259697				
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
9769767500048004											
8 - Nome											
ANEDIO DARIO GARC	IA										
Dados do Profissional Solici	itante										
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone		11 - E-mail						
ALEXANDRE RIBEIRA	PROVENZA										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica											
paciente com dor em joelho esquerdo, evolui com rotura do menisco medial associado a condropatia. Indico tratamento cirurgico por videocondroplastia. M232 TRANST MENISCO DEV RUPTURA OU LESÃO											
			AO PROCEDIMENTO 30733090 CON	FORME CONCORDANCIA DO MA	١.						
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição	ial na fabricanta		16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento						
1- 00 00590045	Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fa 00 00590045 LAMINA PARA SHAVER SETORME			23 - N° Autorizaça	o de Funcionamento	1					
80777280006	LAN		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SITDA IIII	-	_ '	,				
2- 00 00116700	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		_ 1					
80743230025	OA!		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	•—-			IIII'III				
3-	11111	7			_ 	1 1 1 1 1					
·					!!		1111'111				
4-		IIIII			 						
·					 		1111'!11				
5-		1-1-1-1-1-1-1									
					 	_,	1-1-1-1-1/1-1-1				
6-											
						_ _					
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa											
			RCIAL CONFORME UNIMED DE ORI	GEM. DESFAVORAVEL AO PROC	CEDIMENTO 30733090 CONFORM	ME CONCORDANCIA DO	MA. / Empresa / Titular: UN				
IMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS											
OC Data da Caliaita a	107 Application 1: De	effectional Calichauta		00 400000	de Deservatival sele Autoria : "						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	Diissional Solicitante		28 - Assinatura	do Responsável pela Autorização						