

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90418445

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Gu	ia Atribuído p	ela Operac	dora		004	10445				
4 - Data da Autorização	5 - Senh	 na		6 - Data de Valida	ade da Senha	904	18445				
09/03/2023 07:35 90418445 20/05/2023											
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			† I	dade da Carteira		9 - Atendiment					
8650003289306001											
50 - Nome Social											
10 - Nome DENILSON DOS SANTOS LEAL											
Dados do Contratado S	Solicitante										
12 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		i i	ome do Co	ntratado RTOPEDIA ES	DECIAL 17						
14 - Nome do Profissiona		ONIC	KI E OI	NIOPEDIA ES			ional	16 - Número do Co	neolho	17 - UF	18 - Código CBO
ROBERTO GRANG		LI			06	15 - Conselho Profissional  06		32428		41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicitado / Da	ados da Inte	rnação								•
19 - Código na Operador 10.246.214/0001-04		1		I / Local Solicitado PEDIA ESPEC		LTDA			21 - Data sugerida para Internação <b>25/03/2023 00:00</b>		
22 - Caráter do Atendimen	to 23 - Tipo de Ir	nternação :	24 - Regime	e de Internação	25 - Qtde. Di	rias Solicitadas	26 - Pr	Previsão de uso de OPME 27 -		- Previsão de uso de Quimioterápico	
1	С			1		1		S			N
29 - CID 10 Principal (op	cional) 30 - CIC	10(2) (opcio	nal)   31	- CID 10(3) (opci	onal) 32 -	CID 10(4) (opci	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	icidente ou c	loença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Itens	s Assistenciais So	olicitados									
34 - Tabela 35 - Códi 1- 22 307330 2- 22 307312 3- 18 600008 4- 18 600241 5-   _     6-  _ _     7-  _ _   _  8-  _ _   _  9-	16 05	REC TRA DIAI	NSPOSIO	CAO DE MAIS QUARTO COLE XA DE APARE	DE 1 TEND ETIVO DE 2 ELHO / EQU	AO - TRATAI LEITOS COM IPAMENTO F	MENTO // BANH PARA A	IEIRO PRIVATIV RTROSCOPIA F	CR 1 1 O 1	7 - Qtde. Sol	c. 38 - Qtde. Aut.  1  1  1  1
10-		-! -! -!							-  _  -		
39 - Data provável da Ad	missão hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto	orizadas 41 -	Tipo de Acom	odação autoriza	ida				
42 - Código na Operador 10.246.214/0001-04	a / CNPJ autorizad	do 43 - N	<b>1</b> ome do Ho	spital / Local Autor	rizado						44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação / Justific Telefone Contratado: onforme de acordo me	(43)3372-0900 / E	mitido em 0 Titular: CEN	9/03/2023 ITRAL NA	:/PARCIALMENT	TE AUTORIZ D COOPERA	ADO CONFOR	RME UNI	IMED DE ORIGEN	l. Negado	o 03x Kit de	sutura meniscal c

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

1- Segons ANNE   3 - Marine and Gual Reference   30 - Marine and									
Debto do Selectricino 3 - Norre Scioleria 8650003289306001 3 - Norre Scioleria 865000328930600000000000000000000000000000000000	· II	<ul> <li>Número da Guia Referencia</li> </ul>	l t	4 - Senha				· II	
7 - Nijere de Cereira (1998) 30- None Social (1998) 10- Toestone (	343269		90418445			90418445	09/03/2023 07:35		90418445
8-5000283936001  7- Frank Politiston N Dos SANTOS LEAL  Diacos de Profitasional Socialisaries  10 - Telefone  10 - Telefone  11 - Frank  ROBERTO GRANGE GASPARELLI  Diacos de profitasional Socialisaries  12 - Santinarional Socialisaries  13 - Telefone  14 - Operational Socialisaries  15 - Secondario Santinaria Marina Cara Santinaria Socialisaria Santinaria Socialisaria Santinaria San	Dados do Beneficiário								
B-RILSON DOS SANTOS LEAL  Datidad de Profitational Solicitante 9 - Norw de professional solicitante 9 - Norw de professional solicitante 10 - Télefone 11 - F-mail  NORBERTO GRANGE GASPARELL  Datidad de professional solicitante 12 - Justification terricia LESAO LEA MENISCO LESAO LEA	7 - Número da Carteira	2	9 - Nome Social						
Date	8650003289306001								
Dados do Profesional Solicitante  10 - Toelone  11 - Email  10 - Toelone  11 - Email  12 - Reference on the substance of the su	8 - Nome								
3- Nome de pordiscionales socionales (20- page 172 - Justificables (20- page 182 - Justificables	<b>DENILSON DOS SANTOS</b>	S LEAL							
3- Nome de pordiscionales socionales (20- page 172 - Justificables (20- page 182 - Justificables	Dados do Profissional Solicitar	nte							
Dados da cirurgia  12- Justificarios Receiva  12- Justificarios Receiva  12- Justificarios Receiva  13- Testes 14- Código do Material  13- Testes 14- Código do Material  13- Testes 14- Código do Material  14- Código do Material  15- Describlo  27- Referência do material no Esócidado (32 Kit de sutura meniscal conforme de acordo medico.  DPMS Solicitadas  13- Testes 14- Código do Material  13- Testes 14- Código do Material  14- Código do Material  15- Describlo  27- Referência do material no Esócidado (32 Valor Unitário Solicitado (32 Valor Unitário Adorezado (3	9 - Nome do profissional solicitan	ite		10 - Telefone		1.	1 - E-mail		
12- Justicializativa teorica LESAO LCA - MENISCO DARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Negado 03x Kit de sutura meniscal conforme de acordo medico.  OPME Solicitadas  13- Tativato 14- Código do Material 21- Registro ANVISA do Material 22- Referencia do material no fabricante 23- Nº Autorização de Funcionamento 23- Nº Autorização de Funcion	ROBERTO GRANGE GAS	SPARELLI				11			
12- Justicializativa teorica LESAO LCA - MENISCO DARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Negado 03x Kit de sutura meniscal conforme de acordo medico.  OPME Solicitadas  13- Tativato 14- Código do Material 21- Registro ANVISA do Material 22- Referencia do material no fabricante 23- Nº Autorização de Funcionamento 23- Nº Autorização de Funcion	Dados da cirurgia								
13 - Tabela 14 - Código do Material 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autotração de Funcioramento 24 - Registro ANVISA do Material 25 - Nº Autotração de Funcioramento 27 - Nº ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4	LESAO LCA + MENISCO LESAO LCA MENISCO	DO CONFORME UNIMED	DE ORIGEM. Negado 03x	Kit de sutura meniscal conforn	ne de acordo medico.				
21 - Repletion do material no fabricante 22 - New Autorização de Funcionamento 10 - 10 00 162477 CANULA MICRODEBIDACAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	OPME Solicitadas								
1 0 00162477 CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,9X5,5MM 891710000			escrição		1			itado 19 - Qtde. Autorizada 20	- Valor Unitário Autorizado
8035130052 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 2- 00 70627657 PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102,70011 PLA 3- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 800-446800085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 4- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	•						de Funcionamento		
2- 00 70627657 PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		CANU		, ,	•	_  1		_  1	,
10208610040 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 3- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 4-						_ _ _ _			
3- 00 00597007 PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB 80044680085 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		PLAC			•	_  1		_  1	,
ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA  4-		DADA							
4		PARA			•	_  1		_  1	,
			AKTHROW COWERC	OU DE IMPLANTESORTOPE	DICOSLIDA				
6-	<sup>4-</sup>		111111		I			-l	
6-	5.	 		·	 			- <del> </del>   	
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/03/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Negado 03x Kit de sutura meniscal conforme de acordo medico. / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL U NIMED COOPERATIVA CENTRAL	<sup>3-</sup>					I	!	-l	
24 - Especificação do Material  25 - Observação / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/03/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Negado 03x Kit de sutura meniscal conforme de acordo medico. / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL U NIMED COOPERATIVA CENTRAL	6-	 	IIIIII	·	—			- <del> </del>   	
24 - Específicação do Material  25 - Observação / Justificativa  Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/03/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Negado 03x Kit de sutura meniscal conforme de acordo medico. / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL U NIMED COOPERATIVA CENTRAL		 	111111				_,	-ı ı—ı—ı—ı 	III'!I
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/03/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Negado 03x Kit de sutura meniscal conforme de acordo medico. / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL U NIMED COOPERATIVA CENTRAL	24 - Especificação do Material							·	
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/03/2023 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Negado 03x Kit de sutura meniscal conforme de acordo medico. / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL U NIMED COOPERATIVA CENTRAL									
NIMED COOPERATIVA CENTRAL									
26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização	NIWED GOOT ENVIRON	11V.L							
	26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profis	ssional Solicitante			28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		