

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

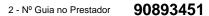
2 - Nº Guia no Prestador

90893451

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Gu	ia Atribuído	pela Opera	dora								
343269							9089	3451				
4 - Data da Autorização 18/04/2023	5 - Seni		0893451	6 - Data de Va		enha 6/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 0445217000588013			8 - Val	idade da Cartei	ra	9 - A	tendimento <b>N</b>					
50 - Nome Social												
10 - Nome												1
LUIZ FERNANDO	AVALCANTE											
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operador 04.762.301/0001-03		11	Nome do Co	ontratado O CORACA	O DE LO	NDRINA	ΙΤDΔ					
14 - Nome do Profissiona			OTTIALD			15 - Consell		onal	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
MARCOS CAJUEIR	O FERNANDE	S				06			28835		41	225270
Dados do Hospital / Lo			,						1,0			
19 - Código na Operador <b>04.762.301/0001-03</b>		11	lome do Hospital / Local Solicitado  EPITAL DO CORAÇÃO DE LON			IDRINA LTDA					a sugerida p 2023 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendimen	to 23 - Tipo de I	nternação	24 - Regime	e de Internação	25 - Qtd	e. Diárias So	olicitadas	26 - Pi	revisão de uso de OPM	E 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
1	С			1		1			S			N
28 - Indicação Clínica ROTURA COMPLETA	DO LIGAMENTO	CRUZAD	O ANTERIO	OR LESÃO CO	OMPLEXA	DO MENIS	SCO MED	IAI IF	SAO CONDRAL FE	-MORO	TIBIAL JO	ELHO DIREITO
29 - CID 10 Principal (op	dional) 30 - CIL	) 10(2) (opc	ionai)   3	1 - CID 10(3) (o	pcionai)	32 - CID 10	J(4) (opcioi	nai)	33 - Indicação de Ac	,	gaente ou d <b>9</b>	loença relacionada)
Procedimentos ou Iten	s Assistenciais S	olicitados										
34 - Tabela 35 - Códi 1- <b>22 307330</b>	igo do Procedimen		- Descrição	OMIA LIMA	4ENISCO	PROCE	DIMENT	2 VIDE	EOARTROSCOPIO		- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.
2- 22 307330									O LIGAMENTO C			1
3- 18 600008									HEIRO PRIVATIVO			1
4- <b>18                                   </b>	51 	AL I	.UGUEL 17	AXA DE APA	KELHO/I	EQUIPAN	IENTO P	AKA A	ARTROSCOPIA PA	AR 1	1 1 1	1
6-	_i_i_i_i_i	_i _								i_		
7-	_ _ _ _	_									_	
9-	_    _ _ _ _										 -	_    _
10-	_	_! _									_	
11-       _   12-	_ _ _ _	_  _									_	_  
Dados da autorização											-111	
39 - Data provável da Ad	missão hospitalar	40 - Qtde	Diárias Auto	orizadas 4	1 - Tipo de A	Acomodação	o autorizad	la				
42 - Código na Operador <b>04.762.301/0001-03</b>		11		ospital / Local A		NDRINA	LTDA					44 - Código CNES <b>2758083</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 18/04/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30												
733014 SINOVECTON APARELHO / EQUIPA	IIA TOTAL - PRO	CEDIMEN	TO VIDEO	ARTROSCOP	ICO - NÃO	<b>AUTORIZ</b>	ADO PEL	A UNIN	MED DE ORIGEM .	6002415 <sup>-</sup>	1 TAXA A	LUGUELTAXA DE

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



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		90893451		90893451	18/04/2023 15:02	90893451				
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0445217000588013										
8 - Nome										
LUIZ FERNANDO CAVALCANTE										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solici	tante		10 - Telefone	1	I - E-mail					
MARCOS CAJUEIRO F	ERNANDES									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica LAMINA DE SHAVER ENDOBOTTON PARAFUSO INTERFERENCIA FORNECEDOR ARTHROM ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR LESÃO COMPLEXA DO MENISCO MEDIAL LESAO CONDRAL FEMORO TIBIAL JOELHO DIREITO ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR LESÃO COMPLEXA DO MENISCO MEDIAL LESAO CONDRAL FEMORO TIBIAL JOELHO DIREITO AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733014 SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO - NÃO AUTORIZADO PELA UNIMED DE ORIGEM . 600 24151 TAXA ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA ** JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR ***										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição				itado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado				
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- <b>19 00590045</b> <b>80777280006</b>	LAI	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1		_  1				
2- <b>19 70627657</b>	DI -		A LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLA	_ _ _ _  		1 1 1 1 1 1 1 1				
10208610040	PL/		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_    	_  1				
3- <b>19 70530815</b>	DA		TRUCAO LIGAMENTAR (ESTERILIZADO) - 3	-		_  1				
10209780026	1.0		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 						
4-	11111	7	510 52 mm 2/11(12001(10) 251000215/1		_        _					
·	<del>                                     </del>					-				
5-		11111				_,, _				
					_, _ _ _ _ _					
6-					_					
					_ _ _					
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido em 18/04/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 30733014 SINOVECTOMIA TOTAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCO PICO - NÃO AUTORIZADO PELA UNIMED DE ORIGEM . 60024151 TAXA ALUGUELTAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA ** JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR *** / Empresa / Titular: UNIMED PRESIDENT E PRUDENTE										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					