

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94676355

(Via HOSPITAL)

A Parietre ANG	Némana da Cuia	A 4 mile	- l- O									
1 - Registro ANS 3 - 343269	Número da Guia	Atribuido p	bela Operado	ora			946763	355				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 946763			11	6 - Data de Valid		enha 6/2024						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Valid	lade da Carteira		9 - /	Atendimento de	e RN				
0050000059419086 20/08/2024				2024			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARCELO HUMBERTO COTRIM BASILE												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora		13 - N	lome do Cor	ntratado								
08.271.755/0001-32		HOS	PITAL AF	RAUCARIA D	E LON	DRINA L	.TDA					
14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS					15 - Conselho Profissional 16 - Núm 06 26535			- Número do Co 535	do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO 41 225270			
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dado	os da Inter	rnacão									
19 - Código na Operadora / 0			-	/ Local Solicitado	0					21 - Data	a sugerida p	para Internação
08.271.755/0001-32				ICARIA DE L						08/04/2	2024 00:0	00
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Inte	rnação	24 - Regime	de Internação 3	25 - Qtd	le. Diárias :	Solicitadas 2	6 - Previsã	o de uso de OP	ME 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica ENTORSE DISTENSAO E	NVOLV LIG CR	UZADO J	OELHO									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (\$835			pcional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)) 33 -	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relac 9			loença relacionada)
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Solic	itados										
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30733065 2- 22 30733049 3- 22 30733073 4- 22 30731216	do Procedimento	REP OST REC	EOCOND CONSTRU	SUTURA DE PROPLASTIA CAO, RETEN CAO DE MAIS	- ESTAE	BILIZAC <i>I</i> MENTO (AO, RESSEC DU REFORC	CCAO E O DO L	OU PLASTI IGAMENTO	SC 1 A# 1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1
5- 18 60000554 6- 18 60024151				PARTAMENT			MENTO PAR	RA ARTI	ROSCOPIA F	1 PAR 1		1
7-												
Dados da autorização								_				
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	10 - Qtde D	Diárias Autor 1	rizadas 41 - 12		Acomodaç	ão autorizada					
1 1				·						44 - Código CNES 6074502		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 07/04/2024 / Empresa / Titular: MASTER CORRETORA DE SEGUROS S/S LTDA												
46 - Data da Solicitação	47 - Ass	sinatura do	Profissiona	I Solicitante	48 - Assina	atura do R	eneficiário ou F	Responsá	/el 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el 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		94676355		94676355	07/04/2024 15:27		94676355
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira	29 - Nome So	ocial					
0050000059419086							
8 - Nome	,						
MARCELO HUMBERTO	COTRIM BASILE						
Dados do Profissional Solic	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	- E-mail		
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS						
Dados da cirurgia							
	DO LESOES EM JOELHO DIREITO, DE VOLV LIG CRUZADO JOELHO	MONSTRADAS EN	M EXAMES FISICO E DE IMAGEM. NECESSITA I	DE TRATAMENTO (CIRURGICO.		
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M					. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	0 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		erência do material n		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 72320893			LIGAMENTO ARTIFICIAL TOGGLELOC -	_ 1		_ 1	_ ,
80044680067			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	-			
2- 00 00597007 80044680085			EABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u> </u> 1	_ ,	_ 1	,
					_	l 1	
			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	 	_ -	_ '	,
4- 00 78898676			DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			2	_ _ ,
80044680449			DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<u>-</u> -		-ı -	I—I—I—I"I—I—I
5-	1 1 1 1 1						
					,,,,_,_,_ _ _ _ _ _ _ _ _		
6- _				_ _ _	_		_ _ _ ,
	_ _ _				_	_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	371-2500 / Emitido em 07/04/2024 / Emp	presa / Titular: MAS	STER CORRETORA DE SEGUROS S/S LTDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solici	itante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		