

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

95553973

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da G	uia Atribuído n	ela Onera	dora								
343269	Trainere da e	uia / kiibaiao p	он орога	3014			95553	3973				
4 - Data da Autorização 21/06/202	11		553973	6 - Data de Valid								
Dados do Beneficiário		95:	553973		20/0	08/2024						
7 - Número da Carteira			8 - Val	idade da Carteira	ı	9 -	Atendimento	de RN				
0050000057701353 15/10/2024							N					
50 - Nome Social												
10 - Nome												
LUIZ EDUARDO B	ATISTA											
Dados do Contratado												
12 - Código na Operado 78.080.017/0001-9		11	ome do Co ITUTO [ontratado DE MEDICINA	CIRUR	RGIA E G	SINECOLO	GIA L	TDA EPP			
14 - Nome do Profission							elho Profissio		16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
RODRIGO SERIKA	AWA DE MEDE	IROS				06 26535		26535	i35		225270	
Dados do Hospital / L			-							llar a		
19 - Código na Operado 78.080.017/0001-9		11		I / Local Solicitad IEDICINA CIF		E GINE	COLOGIA	LTD	A EPP	11	a sugerida p 2024 00:0	oara Internação 00
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação									evisão de uso de O	PME 27 - Previsão de		uso de Quimioterápico
1		:		1		1			S			N
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MENIS	SCO ATUAL											
29 - CID 10 Principal (o	pcional) 30 - CI	D 10(2) (opcio	nal) 3	1 - CID 10(3) (opc	cional)	32 - CID	10(4) (opcion	al)	33 - Indicação de	Acidente (a	cidente ou	doença relacionada)
S832	S832										9	
Procedimentos ou Itel			Descrição							37	- Otdo Sol	ic 38 - Otdo Aut
34 - Tabela 35 - Có	digo do Procedimer 057		Descrição NSCECT	OMIA - UM ME	ENISCO	- PROC	EDIMENTO	VIDE	OARTROSCO		- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30733	049	OST	EOCON	DROPLASTIA	- ESTA	BILIZAC	AO, RESSI	ECCA	O E/OU PLAST	TA# 1		1
3- 18 60000	805	DIA	RIA DE (QUARTO COL	ETIVO I	DE 2 LEI	TOS COM	BANH	IEIRO PRIVAT	VO 1		1
4- 18 60024	151	ALU	IGUELTA	XA DE APAR	ELHO/	EQUIPA	MENTO PA	ARA A	RTROSCOPIA	PAR 1		1
5-										<u> </u> _	_	
6-		_								-	_	
7-		_									_	
8-											_	
9-	 										_	
10- 11-	 	_								-	_ 	
12-	 	 								- -		 -
Dados da autorização												
39 - Data provável da A		40 - Qtde D	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ção autorizada	a				
			1	1								
42 - Código na Operado 78.080.017/0001-9		11		ospital / Local Auto		GIA E G	SINECOLO	GIA I	TDA EPP			44 - Código CNES 2729504
78.080.017/0001-93 INSTITUTO DE MEDICINA CIRURGIA E GINECOLOGIA LTDA EPP 2729504 45 - Observação / Justificativa												
Telefone Contratado: (43)3258-5020 / Emitido em 21/06/2024 / Empresa / Titular: GELPRIME INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS ALIMENTICIOS LTDA												
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura do	Profission	al Solicitante	48 - Assir	natura do E	Beneficiário ou	Respo	onsável 49 - As	ssinatura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha		5 - Data da Autorização	o pela Operadora				
343269	95553			95553973	21/06/2024 15:19		95553973			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000057701353										
8 - Nome										
LUIZ EDUARDO BATIS	STA									
Dados do Profissional Solid	itante									
9 - Nome do profissional solici	itante		10 - Telefone	11	I - E-mail					
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTAN RUPTURA DO MENISCO A		ESQUERDO, DEMONSTRA	DAS EM EXAMES FISICO E DE IMAGEM. N	NECESSITA DE TRATAMEN	TO CIRURGICO.					
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate 1- 00 00499293		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
80356130052	CA		.O OB F 2,9X5,5MM 892350000 CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD/	I—I		_ 1	,			
2-		AKTHROW COWER	CIO DE INIFLANTESON TOFEDICOSETO	*	_	_				
	 				_, _ _ _ _ _ _	_l_l				
3-				_ _ _	_	_	_ ,			
	_ _ _	_ _ _ _ _		_ _ _ _	_ _ _ _	_				
4- _ _	_ _ _ _				_	_ _	,			
			-		_ _ _ _	_				
					_	_	_ ,			
		IIIIII				_,, _	,			
				 		_ _	1-1-1-1/1-1-1			
24 - Especificação do Materia	l									
25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3258-5020 / Emitido em 21/06/2024 / Empresa / Titular: GELPRIME INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS ALIMENTICIOS LTDA										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização					