

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92054343

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 - N 343269	lúmero da Guia A	tribuído pela Ope	eradora		920	54343				
4 - Data da Autorização	5 - Senha	0205424	6 - Data de Valid		1					
01/08/2023 14: Dados do Beneficiário	17	9205434	3][30/08	0/2023					
7 - Número da Carteira		8 - 1	Validade da Carteira		9 - Atendiment	to de RN	\neg			
0050000061499539 03/11/2024 N										
50 - Nome Social										
10 - Nome ALCIR DO CARMO BUFALO										
Dados do Contratado Solici	tante									
12 - Código na Operadora		13 - Nome do		NE I OND	DINA LEDA					
08.271.755/0001-32	aitanta	HOSPITAL	ARAUCARIA D		5 - Conselho Profiss	ional 1	16 - Número do Co	anaalha II	17 - UF	18 - Código CBO
14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS					6	11	26535 41 13 - Codigo Cos			
Dados do Hospital / Local S	olicitado / Dados	s da Internação								
19 - Código na Operadora / Cl	- 11		pital / Local Solicitad		A 1 TD 4				-	ıra Internação
08.271.755/0001-32			AUCARIA DE L			11		28/08/20		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Intern	nação 24 - Reg	gime de Internação 1	25 - Qtde	e. Diárias Solicitadas 1	26 - Previ	isão de uso de OPI S	ME 27 - Pre		so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica M751 Ruptura do manguito	Rotador									
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opc		(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opcional)		32 - CID 10(4) (opcional)		3 - Indicação de A	cidente (acid		pença relacionada)
Procedimentos ou Itens Ass			-							
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084	Procedimento	RUPTURA	³⁰ PLASTIA - PROG LOO MANGUITO SAO LATERAL D	ROTADO	OR - PROCEDIM	ENTO VII	DEOARTROSC	O 1	Qtde. Solic	:. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
4- 22 30735092		TENOTON	IIA DA PORCAO	LONGA	DO BICEPS - PR	ROCEDIM	ENTO VIDEO	ART 1		1
5- 18 60000805			E QUARTO COL .TAXA DE APAR							1
6- 18 60024151 7-		ALUGUEL	TAXA DE APAR	ELHO/E	QOIPAMENTO	PARA AR	TRUSCOPIA	PAR 1	 	1
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissã	io hospitalar 40) - Qtde Diárias A	Autorizadas 41	- Tipo de A	comodação autoriza	da				
		1	1		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					
42 - Código na Operadora / C 08.271.755/0001-32	NPJ autorizado	11	Hospital / Local Auto		RINA LTDA				- 11	44 - Código CNES 6074502
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 01/08/2023 / Empresa / Titular: KATO & BUFALO LTDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização										



Unimed A

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

						1		
1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referen	ciada 92054343	4 - Senha	92054343	5 - Data da Autorização 01/08/2023 14:17	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92054343		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social						
0050000061499539								
8 - Nome								
ALCIR DO CARMO BU	FALO							
Dados do Profissional Solid	itante							
9 - Nome do profissional solic	tante		10 - Telefone	1	1 - E-mail			
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica								
Paciente apresentando les M751 Ruptura do manguito		nstradas em exame físico e	de imagem. Necessita de tratamento ciruro	gico				
IVI751 Ruptura do manguito	Roladol							
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do l		Descrição		16 - Opção 17 - Qto	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado		
			cia do material no fabricante		de Funcionamento			
		IINA PARA SHAVER SET		_ 2	_ _ _ ,	_ 2		
80777280006					_ _ _ _			
00 71502661 ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 91200				,	_ 4 _ ,			
		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT		_ _ _				
			PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		_ _ _ ,	_ 1 _ ,		
80743230025			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT					
			PIA SETORMED - 009 12 90 85 CANUL	·•	,	_ 1		
80777280003			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT					
		SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES		_ _ _ ,	_ 1 _ ,			
80743230002			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT					
6- 00 76221229	ANG		ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - AN		_ _ _ ,	_ 1		
10247700123		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	DA _ _ _				
24 - Especificação do Materia	l							
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 01/08/2023 / Empresa / Titular: KATO & BUFALO LTDA								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	oficeianal Calicitants		20 Assington	o Responsável pela Autorização			
zu - data da Sulicitação	27 - Assinatura do Pro	DISSIDITAL SUIICILATILE		20 - Assinatura d	o nesponsavel pela Autorização			