

20/03/2023 08:24

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador 000025902229

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da		uído pela Operadora 000025902229							
348180 4 - Data da Autorização	5 - Senha		000025902229	6 - Data de V	/alidade da Senha	_				
26/04/20	11		25902229	o Baia do .	27/05/20	23				
Dados do Beneficiário			9 Volidado do Cortairo		9 - Atendimento	o DN	7			
7 - Numero da Carteira 776.03116.00 - Titular			8 - Validade da Carteira <b>01/01/2040</b>		11					
776.03116.00 - Titular 01/01/2040 N										
Tromb Coolai										
10 - Nome ANDERSON CASTILH	O ZAGO									
Dados do Contratado Solicitant										
12 - Código na Operadora		13 -	Nome do Contratado							
291666841		SA	O FRANCISCO INSTITU	JTO VIDA						
14 - Nome do Profissional Solid					15 - Conselho P	ofissional	16 - Número	do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIF	ROS			06		26535		PR	225270
Dados do Hospital / Local Solid								llor D		1. ~
19 - Código na Operadora / CN 07.142.188/0001-51	PJ		e do Hospital / Local Solicitado  RANCISCO INSTITUTO	VIDA				30/03/20	-	a Internação
						11				-
22 - Caráter de Atendimento  1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. d	liárias Solicitadas 2	26 - Previsā 	io de uso de OP <b>S</b>	ME    27 - Pr	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>	
28 - Indicação Clínica			<u>'</u>							
29-CID10 Principal (opcional) \$832	30-CID10	(2) (opcion	al) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4	) (opcional) 33	- Indicação de	Acidente (acide	ente ou doenç	a relaciona	da)
Procedimentos ou Itens Assiste	nciais Solicitado							<del>-</del>		
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36	- Descrição					;	37 - Qtde. S	Solic. 38 - Qtde. Aut.
	ssistencial	R	EPARO OU SUTURA DI STEOCONDROPLASTI	_		RESSECÇÂ	ÃO E/OU PL		1 1	1 1
3- <b>18 00000123</b>		М	IATERIAL						1	1
4- 18 60000805		D	IARIA ENFERMARIA 2 I	LEITOS					2	2
5-  _ _		_  _								
6-   _		_! _								<u>   </u>
7-   _    _  8-        _		_  _								
9-	 	_  _								 
10-		_  _								   _
11-	_i_i_i_i	_i _								iii
12-		_  _								
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admissã 30/03/2023 07:00	o hospitalar	40 - Qtde	Diarias Autorizadas 41 - Tipo 4	da acomodaçã	ão autorizada					
42 - Código na Operadora / Cñ	IPJ autorizado	43 -	Nome do Hospital / Local Autoriz	ado						44 - Código CNES
								2729539		
			CO em 20/03/2023 /Liberado MEN USP 2-0 - 75 B/A / Emp					01 CANU	LA DE DE	EBRIDACAO AT T
46 - Data da Solicitação	114= 4	la at	Professional Calledon	7[40 4 :	store de Day (1911)	a au D	fuel II to	Nagin - to 1	Dee: 1	rel male Access." ~
40 - Data da Solicitacao	1147 - AS	sınatura do	Profissional Solicitante	11 48 - ASSINA	itura do Beneficiar	o ou kespons	avei II49-7	assinatura do	Kesponsay	el pela Autorização



## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº 000025902229 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senha	Senha		6 - Número da Guia atribuido pela Operadora				
348180		000025902229		25902229		000025902229				
Dados do Beneficiário										
7 - Numero da Carteira		29 - Nome Social								
776.03116.00 - Titular										
8 - Nome	•									
ANDERSON CASTILHO ZAGO										
Dados do Profissional Solicitant										
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	- E-mail					
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica	a do mádico para liberação	o dos OPME para fornecedor	ARTHROM							
segue em anexo justineativ	a do medico para liberação	dos of ME para fornecedor /	AKTIIKOW							
Liberado Procedimento e C	PME FORNECEDOR ART	TRHOM 01 CANULA DE DE	BRIDACAO AT TIPO 05 04,5 X 120 // 02	SUTURFIX 2 AGULHAS MEN U	JSP 2-0 - 75 B/A					
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do It 21 - Registro ANVISA do materi		Descrição	22 - Referência	16 - Opção 17 - O do material no fabricante	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	licitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento				
1- <b>19 78362806</b>		MINA DE SHAVER PARTES MOLI		I I 1						
80356130052	L) (i	WING BE OF DIVERTIFICATION OF	1 1 1 1		I—I—I—I,	_				
2- 19 78898676	DIS	SP REPAR. MENIS CROSSFIX II.	—I——I——I——I——I——I——I——I——I——I——I——I——I—	E HOT KNOT     2		 				
80044680449			1 1 1 1		I—I—I—I"					
3-			IIII							
		1	1 1 1 1		 	!!!				
4-		-1	IIII	-llllllll		<del> </del>				
	-11111 	I	1 1 1 1		 	!!!				
5-		1	I—I—I—I—		-!!!!!!!!! 	<del> </del>				
	-!!!!!! 	<u> </u>	1 1 1 1							
6-	_    	·I	IIII							
		1	1 1 1 1		 					
24 - Especificação do material		1	I—I—I—I			<del> </del>				
24 - Especificação do material										
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: / Emitido Por: HSFRANCISCO em 20/03/2023 /Liberado Procedimento e OPME										
FORNECEDOR ARTRHOM										
01 CANULA DE DEBRIDACAO AT TIPO 05 04,5 X 120 // 02 SUTURFIX 2 AGULHAS MEN USP 2-0 - 75 B/A / Empresa / Titular: MUNICIPIO DE GUARACI - DEMAIS										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização					
20/03/2023 0	† †	•								