

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92810085

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3	- Número d	la Guia Atrit	ouído pela Opera	adora							
343269			92810085								
4 - Data da Autorização 10/10/2023 13	11	Senha	92810085	6 - Data de Valid	dade da Senha 09/12/202	3					
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
0050000056778190				28/03/2024 N							
50 - Nome Social											
10 - Nome DEMERVAL DA SILV	A ALVES										
Dados do Contratado Sol	Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora 07.142.188/0001-51			13 - Nome do C SAO FRANC	ontratado CISCO INSTITU	JTO VIDA						
14 - Nome do Profissional S	olicitante				15 - Co	selho Profissio	onal	16 - Número do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
CIRO VERONESE DO	S SANT	os			06			23858		41	225270
Dados do Hospital / Loca			•								
19 - Código na Operadora / CNPJ20 - Nome do Hospital / Local Solicitado21 - Data sugerida para Internação07.142.188/0001-51SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA23/10/2023 00:00										,	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo	de Internaç C	ão 24 - Regim	ne de Internação 3	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OPN S	ИЕ 27 - F	revisão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica S832 Reparo ou Sutura d			<u>'</u>			<u>'</u>					
29 - CID 10 Principal (opcio	nal) 30	- CID 10(2)	(opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - CI	D 10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de Ad	•	idente ou d 9	oença relacionada)
Procedimentos ou Itens A			dos								
34 - Tabela 35 - Código		imento	36 - Descrição							- Qtde. Soli	
1- 22 30733065 2- 22 30733049) VIDEOARTRO D E/OU PLASTIA			1
3- 18 60000805						•		EIRO PRIVATIV			1
4- 18 60024151			ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQUIP	AMENTO P	ARA AF	RTROSCOPIA P	AR 1		1
5-									 		
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diárias Autorizadas 41 - Tipo de Acomodação autorizada											
Data provavoi da ridini			1	1							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES07.142.188/0001-51SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA2729539								44 - Código CNES 2729539			
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 10/10/2023 / Empresa / Titular: DEMERVAL DA SILVA ALVES 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

	į į	- Senha	00040005	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído			
343269	92810085		92810085	10/10/2023 13:27		92810085		
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social							
0050000056778190								
8 - Nome								
DEMERVAL DA SILVA	ALVES							
Dados do Profissional Solic								
9 - Nome do profissional solici		10 - Telefone	11	I - E-mail				
CIRO VERONESE DOS	SANTOS							
Dados da cirurgia								
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesč S832 Reparo ou Sutura de	es em joelho direito, demonstradas em exame físico e de in nenisco	imagem. Necessita de tratamento cirurgico						
OPME Solicitadas								
13 - Tabela 14 - Código do M	faterial 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada :	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate			23 - Nº Autorização	de Funcionamento				
1- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SETOR		1		_ 1	,		
80777280006		D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA						
2- 00 78898676		DO MENISCO - CM-8001: DISPOSITIVO D			_ 2	_ _ , _		
80044680449	ARTHROM COMERCIO	D DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _				
3- _ _				_	_	_ _ _ ,		
				_ _ _	 -	,		
	- - - - - - -				-I	IIII ³ II		
5-					_,, _	,		
					-i	1111-11		
6-					_,, _	_ _ ,		
				 _		,		
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa								
Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 10/10/2023 / Empresa / Titular: DEMERVAL DA SILVA ALVES								
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização				
			1 20 7 100 11 11 11 11 11					