

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92310895

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Númer	o da Guia Atri	buído pela Opera	adora							
343269	11						10895				
4 - Data da Autorização	- 11	5 - Senha	92310895	6 - Data de Valid		2					
24/08/2023 09:16 92310895 23/10/2023 Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN											
1				8/2024		N					
50 - Nome Social											
10 - Nome											
NEIDE FADEL BASSO Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora			13 - Nome do C								
07.142.188/0001-51			SAO FRANC	CISCO INSTITU	JTO VIDA						
14 - Nome do Profissional					11	† †		16 - Número do Conselho 26535		17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Loca					06			20030		41	225270
19 - Código na Operadora			,	al / Local Solicitado	<u> </u>				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
07.142.188/0001-51	, 0 0	11		O INSTITUTO					1	2023 00:0	, i
22 - Caráter do Atendimento	23 - T	Γipo de Interna	ção 24 - Regim	ão 24 - Regime de Internação 25 -		- Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Pr		l t		Previsão de uso de Quimioterápico	
1		С		1				S			N
28 - Indicação Clínica M751 Ruptura do mangu	uito Rota	dor									
											•
29 - CID 10 Principal (opcid	onal)	30 - CID 10(2) (opcional)	31 - CID 10(3) (opc	ional) 32 - 0	D 10(4) (opcio	nal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
										9	
Procedimentos ou Itens											
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 3073503		edimento	36 - Descrição		CEDIMENTO	/IDEOARTR	റാവ	PICO DE OMBR		- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
2- 22 3073506								/IDEOARTROS			1
3- 22 3073508 -	4		RESSECCA	O LATERAL D	A CLAVICUL	- PROCED	IMENT	O VIDEOARTRO	SC 1		1
4- 22 3073509	2					SICEPS - PR	OCED	IMENTO VIDEO	ART 1		1
5- 18 6000055				APARTAMENT					1		1
6- 18 6002415	1		ALUGUELI	AXA DE APAR	ELHO / EQUI	AMENIOP	'ARA A	RTROSCOPIA I	PAR 1		1
	·!!!- 	 							- 	- 	
9-		,, 							;_		
10-		 							[_		 _
11- _	_ _								L	_	
12-	- _	_ _ _								_	
Dados da autorização											
39 - Data provável da Adm	issão hos	spitalar 40 -	Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41 · 12	- Tipo de Acomo	lação autorizad	da				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES											
07.142.188/0001-51 SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA 2729539											
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 24/08/2023 / Empresa / Titular: BENEDITO BASSO											
(1											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profissio	nal Solicitante	48 - Assinatura	Beneficiário o	ou Respo	onsável 49 - Ass	inatura do	Responsáv	el pela Autorização



Unimed A

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

· 11	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		92310895			92310895	24/08/2023 09:16		92310895		
Dados do Beneficiário		[00 N 0 11								
7 - Número da Carteira 0050000000811516		29 - Nome Social								
8 - Nome NEIDE FADEL BASSO										
Dados do Profissional Solicitante										
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail					
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando leső M751 Ruptura do manguito		enstradas em exame físico e	de imagem. Necessita de tra	atamento cirurgico						
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	ial no fabricante		16 - Opção 17 - Qtde 23 - Nº Autorização	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic de Funcionamento	itado 19 - Qtde. Autorizada 2	20 - Valor Unitário Autorizado		
1- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET					_ 2	,		
80777280006	4.51		CIO DE IMPLANTESORTO							
2- 00 71876561 80083650063	ANG		PLICADOR DESCARTAVE DIO DE IMPLANTESORTO		3 	_ ,	_ 3	,		
3- 00 00116700	CAL		PED 90 GRAUS 200MM C				1			
80743230025	3 7		CIO DE IMPLANTESORTO		 - - - - - -		-ı ·	I—I—I—I"—I—I		
4- 00 70917540	CAN	NULA PARA ARTROSCOI	PIA SETORMED - 009 12 9	ORMED - 009 12 90 85 CANULA CO _ 1			_ 1			
80777280003		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTO	PEDICOSLTDA						
5- 00 00596221	GUI	A FLEXIVEL PASSADOR	SUTURA ESTERIL EXXO	IRA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M 1			_ 1	,		
80743230002				DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA _ _ _ _						
6- 00 76221229 10247700123	76221229 ANCORA EM PEEK COM INSERSO			OR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR _ 1 DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_ 1	,		
		ARTHROW COWER	JO DE IMPLANTESORTO	PEDICOSLIDA						
24 - Especificação do Material										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)32	249-3000 / Emitido em 24/	08/2023 / Empresa / Titular:	BENEDITO BASSO							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante			28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização				