



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95592181**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 95592181
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 25/06/2024 15:47	5 - Senha 95592181	6 - Data de Validade da Senha 24/08/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0050000001991402	8 - Validade da Carteira 17/05/2025	9 - Atendimento de RN N
---	---	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome ADELAIDE PEREIRA AFONSO

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.080.017/0001-93	13 - Nome do Contratado INSTITUTO DE MEDICINA CIRURGIA E GINECOLOGIA LTDA EPP
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 26535	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.080.017/0001-93	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado INSTITUTO DE MEDICINA CIRURGIA E GINECOLOGIA LTDA EPP	21 - Data sugerida para Internação 26/06/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica SINDR DO MANGUITO ROTADOR
--

29 - CID 10 Principal (opcional) M751	30 - CID 10(2) (opcional) M751	31 - CID 10(3) (opcional)	32 - CID 10(4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
---	--	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
2- 22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOP	1	1
3- 22	30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSC	1	1
4- 22	30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS - PROCEDIMENTO VIDEOART	1	1
5- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
6- 18	60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR	1	1
7-		_____		
8-		_____		
9-		_____		
10-		_____		
11-		_____		
12-		_____		

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.080.017/0001-93	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado INSTITUTO DE MEDICINA CIRURGIA E GINECOLOGIA LTDA EPP	44 - Código CNES 2729504
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3258-5020 / Emitido em 25/06/2024 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular : ADELAIDE PEREIRA AFONSO
--

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---



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

2 - Nº Guia no Prestador 95592181

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95592181	4 - Senha 95592181	5 - Data da Autorização 25/06/2024 15:47	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95592181
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0050000001991402	29 - Nome Social
8 - Nome ADELAIDE PEREIRA AFONSO	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM OMBRO DIREITO, DEMONSTRADAS EM EXAMES FISICOS E DE IMAGEM. NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO SINDR DO MANGUITO ROTADOR Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar!	

OPME Solicitadas											
13 - Tabela		14 - Código do Material		15 - Descrição		16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material				22 - Referência do material no fabricante		23 - N° Autorização de Funcionamento					
1- 00		00499293		CANULA MICRODEBRIDACAO OB F 2,9X5,5MM 892350000		_	2	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _	
80356130052				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _					

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3258-5020 / Emitido em 25/06/2024 /Sem cobertura contratual para Materiais e Medicamentos FORA de Ambiente Hospitalar! / Empresa / Titular: ADELAIDE PEREIRA AFONSO		
---	--	--

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---