

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90869122

(Via HOSPITAL)

"	Número da Guia	a Atribuído p	oela Opera	dora									
343269							9086	9122					
4 - Data da Autorização 17/04/2023 10:12 5 - Senha 90869122			869122	6 - Data de Valid		enha 06/2023							
Dados do Beneficiário													
7 - Número da Carteira 0050000001864680			† I	idade da Carteira /2025		9 -	Atendimento N	de RN					
50 - Nome Social			21/01	72025									
SU - INVITIG GOURAL													
10 - Nome IRENE ALVES SABINO													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		11	lome do Co		SDECIA	1 17 4 D 4	LTDA						
14 - Nome do Profissional So										18 - Código CBO			
BRUNO BOSIO DA SILVA					- 11	06 32301				41 225270			
Dados do Hospital / Local	Solicitado / Dad	dos da Inte	rnação										
19 - Código na Operadora / C	NPJ			I / Local Solicitado		ADA 1 T	24			11		para Internação	
				ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LT						<u> </u>	27/04/2023 00:00 ME 27 - Previsão de uso de Quimioterápico		
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Int	ernação	24 - Regime	e de Internação 1	25 - Qto	de. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pre\	visão de uso de OF S	PME 27 - 1	Previsão de	N Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUITO	<u> </u>												
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)													
										9			
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Sol	icitados											
34 - Tabela 35 - Código o 1- 22 30735033 2- 22 30735068 3- 22 30735084 4- 18 60000805 5- 18 60024151 6-	o Procedimento	ACF RUF RES DIA	PTURA D SSECCAO RIA DE (ASTIA - PROG O MANGUITO D LATERAL D QUARTO COL AXA DE APAR	ROTAD A CLAV ETIVO D	OOR - PR ICULA - DE 2 LEI	OCEDIME PROCEDII TOS COM	NTO VI MENTO BANHE	DEOARTROS VIDEOARTRO EIRO PRIVATIV	COP 1 COSC 1 OSC 1	- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1 1	
39 - Data provável da Admiss	são hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto	orizadas 41	- Tipo de	Acomodaç	ão autorizada	а					
			1	1									
42 - Código na Operadora / (10.246.214/0001-04	CNPJ autorizado	11		ospital / Local Auto		LIZADA	LTDA					44 - Código CNES 6528104	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 17/04/2023 / Empresa / Titular: IRENE ALVES SABINO 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

Unimed A

	•					
"	- Número da Guia Referenciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269	90869122		90869122	17/04/2023 10:12		90869122
Dados do Beneficiário						
7 - Número da Carteira	29 - Nome Social					
0050000001864680						
8 - Nome						
IRENE ALVES SABINO						
Dados do Profissional Solicita	inte					
9 - Nome do profissional solicitar	nte	10 - Telefone	11	- E-mail		
BRUNO BOSIO DA SILV	A					
Dados da cirurgia		·				
12 - Justificativa técnica RUPTURA DO MANGUITO RUPTURA DO MANGUITO						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do Ma	iterial 15 - Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada 20	0 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materia			23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 00 00116700		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200	_ 1	,	_ 1	_,
80743230025	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _	_		
2- 00 00590045	LAMINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	2	,	_ 2	_ ,
80777280006	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
3- 74683101	CANULA PARA ARTROSCO	PIA SETORMED - 009 11 70 85 CANULA CO	2	,	_ 2	_ ,
80777280003	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR	SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M	1	,	_ 1	_ _ , _
80743230002	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
5- 00 78890896	ANCORA FLEXIVEL COM AP	LICADOR DESCARTAVEL - 0114022-325 - A	3	,	_ 3	_ _ , _
80083650087	ARTHROM COMERC	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _ _			
6- _						_ ,
					_ _	
24 - Especificação do Material						
25 - Observação / Justificativa				·		
Telefone Contratado: (43)337	72-0900 / Emitido em 17/04/2023 / Empresa / Titular:	IRENE ALVES SABINO				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		