



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 00280824043703852221



1 - Registro ANS 344885	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 88376730	
4 - Data da Autorização 06/09/2024	5 - Senha 178504118	6 - Data da Validade da Senha 05/11/2024

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 08650001866044005	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN N
50 - Nome Social		
10 - Nome BORIS DIMITRI DE SIQUEIRA		

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 91116	13 - Nome do Contratado Giovani Serrano Machado			
14 - Nome do Profissional Solicitante Giovani Serrano Machado	15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número no Conselho 9111	17 - UF PE	18 - Código CBO 225270

## Dados do Hospital/Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 180093180		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado Hospital Unimed Recife III - Torre 2		21 - Data sugerida para internação 28/08/2024	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME N	27 - Previsão de uso de quimioterápico N
28 - Indicação Clínica LESÃO MANGUITO					
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 Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- [22]	30735068	Ruptura do manguito rotador - procedimento videoartroscópico de ombro	1	1
02- [22]	30735033	Acromioplastia - procedimento videoartroscópico de ombro	1	1
03- [22]	30735017	Sinovectomia total - procedimento videoartroscópico de ombro	1	1
04- [18]	60000651	DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	1	1
05- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
06- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
07- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
08- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
09- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
11- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
12- [ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

## Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação Autorizada 13	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 180093180	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado Hospital Unimed Recife III - Torre 2		44 - Código CNES
45 - Observação / Justificativa Autorizado anestesia + material em anexo.			
46 - Data da Solicitação 28/08/2024	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

