

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93589835

(Via HOSPITAL)

1 Degistre ANS	- Número da Guia	Atribuído p	ala Operad	loro				$\neg$				
1 - Registro ANS 343269	- Numero da Guia	Atribuldo p	Dela Operad	lora			9358983	5				
4 - Data da Autorização <b>26/12/2023 1</b> 0	5 - Senha		589835	6 - Data de Valid	dade da Sen <b>24/02</b>	1						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira			8 - Valid	dade da Carteira		9 - A	Atendimento de F	RN				
0050000002103136			07/09/	/2025			N					
50 - Nome Social												
10 - Nome IVONE MARINHO PAGAN												
Dados do Contratado Sol												
12 - Código na Operadora	ollarito	13 - N	lome do Coi	ntratado								
08.271.755/0001-32												
14 - Nome do Profissional S RODRIGO SERIKAW		ns			15		lho Profissional	16 - N <b>265</b> 3	Número do Co	onselho	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>
			rnaaãa						,,,		<u> </u>	223210
Dados do Hospital / Loca 19 - Código na Operadora /				/ Local Solicitade	0				1	21 - Data	sugarida n	ara Internação
08.271.755/0001-32	11		•	JCARIA DE L		A LTDA					:024 00:0	-
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	de Internação	25 - Qtde.	. Diárias S	Solicitadas 26 -	- Previsão	de uso de OPN	ИЕ 27 - F	Previsão de i	uso de Quimioterápico
1	С			1		1			S			N
M751 Ruptura do mangui	to Rotador											
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional			anal) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)		33 - In	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença r <b>9</b>		loença relacionada)	
Procedimentos ou Itens A	ssistenciais Soli	citados										
34 - Tabela     35 - Código       1- 22     30735033       2- 22     30735068       3- 22     30735084		ACF RUF	PTURA DO	ASTIA - PRO O MANGUITO O LATERAL D	ROTADO	R - PRO	OCEDIMENTO	O VIDEO	ARTROSC	OP 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1
4- 22 30735092 5- 18 60000554				DA PORCAO			EPS - PROCE	DIMEN	TO VIDEO	RT 1		1
6- 18 60024151				XA DE APAR			MENTO PARA	ARTRO	SCOPIA P			1
7-		l l ı								_  _ 	_   _	
10-												
11-	 	 								_  _	-   -	 
Dados da autorização												
39 - Data provável da Admis	ssão hospitalar	40 - Qtde D	Diárias Auto <b>1</b>	rizadas 41		comodaçã	io autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 08.271.755/0001-32  43 - Nome do Hospital / Local HOSPITAL ARAUCARIA				•		RINA L	TDA					44 - Código CNES <b>6074502</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 26/12/2023 / Empresa / Titular: IVONE MARINHO PAGAN												
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do	Profissiona	al Solicitante	48 - Assinat	ura do Be	eneficiário ou Re	sponsável	49 - Assi	natura do	Responsáv	el pela Autorização



93589835



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

· 11	3 - Número da Guia Referen		4 - Senha	0250	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora					
343269		93589835		9358	26/12/2023 10:07	93589835					
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira		29 - Nome Social									
0050000002103136		29 - Nome Social									
8 - Nome  IVONE MARINHO PAGA	AN										
Dados do Profissional Solici											
9 - Nome do profissional solicit			10 - Telefone		11 - E-mail						
RODRIGO SERIKAWA	DE MEDEIROS										
Dados da cirurgia											
12 - Justificativa técnica Paciente apresentando lesõ M751 Ruptura do manguito		enstradas em exame físico e	de imagem. Necessita de tratamer	nto cirurgico							
OPME Solicitadas											
13 - Tabela 14 - Código do M 21 - Registro ANVISA do Mate		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fabricante		<ul> <li>Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol zação de Funcionamento</li> </ul>	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado					
1- 00 00499293				2		_  2  _ _ , _					
80356130052		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDI	COSLTDA  _ _ _							
2- 00 71876561 ANCORA COM SUTURA E APLICADOR DESCARTAVEL - 01121					,	_  4  _ _ , _					
80083650063			CIO DE IMPLANTESORTOPEDI								
3- <b>00 00116700</b>	CAN		PED 90 GRAUS 200MM CAP ST			_  1					
80743230025 4- 00 00241202	TDC		CIO DE IMPLANTESORTOPEDI D 8,25X90MM PARTRO009	COSLIDA     1							
80371250020	ikc		CIO DE IMPLANTESORTOPEDI			1					
5- <b>00 00622494</b>	GAI	NCHO COMPRESSAO SU				1					
80356130057	<b>3</b> 7		CIO DE IMPLANTESORTOPEDI	COSLTDA							
6-   _											
	_ _ _			_ _ _							
24 - Especificação do Material											
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 26/12/2023 / Empresa / Titular: IVONE MARINHO PAGAN											
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assina	tura do Responsável pela Autorização						