

98404-2138 GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador DE INTERNAÇÃO

| 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | |
|---|--|
| 3,4,3,2,6,9 | |
| 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data d | de Validade da Senha |
| | 1/ / |
| Dados do Beneficiário | |
| 7 - Número da Carteira 9-Ater | ndimento a RN |
| 50 - Nome Social | |
| 10 - DENISE MOLIN | |
| Dados do Contratado Solicitante | A SUBSTITUTE OF STREET |
| 12 – Código na Operadora 13 - Nome do Contratado | |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho 16 - Número no Conselho 19 | 475 PR UF 18 - Código CBO |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 15 - Conselho CRIVArofissional 16 - Número no Conselho 19 | In a coding cas |
| Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação | |
| 19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado | 21 - Data sugerida para internação |
| 22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME | 27. Provieño do uso do sulmistoránico |
| 22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME | 27 – Previsão de uso de quimioterápico |
| 28 - Ingricação Clínica 2 1 2 | I —I |
| E ANDRE CONTRACTO DECIDIVANTE DO OMBRO d | 9 |
| MICORA FIEVIVE DEVIDO A IKATAR-SE DE L'ATOLOGIA | |
| NECESSIDADE DE ANCORA FLEXIVEL DE VIDO A TIBUTANTO REPARO INSTRUMENTAÇÃO INTRA-ARTICULAR, DEVENDO-SE EVITAR ANCORAS METALICAS | |
| LESAO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO | |
| A COUNTY OF A STOREGE CONTAINING AND AN AND AND | |
| SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA | |
| SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOS DE RESSEÇÃO CLAVICULA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSEÇÃO CLAVICULA | |
| 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) |
| | |
| Procedi 1/4/75s 1/2 Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut |
| Item Assistencial | |
| 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR | |
| 02- 30/35033 ACROMIOPLASTIA | |
| 03- | <u> </u> |
| 30735041 JESAO LABRAL | |
| ANCORA juggerknot C/2 FIOS | 1 1 1 6 |
| 06- PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA) | |
| 08- RADIOFREQUENCIA monopolar | |
| 09-1 EQUIPO 4 viaS | |
| CANLII A ARTROSCOPICA | |
| 11- AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA | |
| 12- 101152272 ANCORA QUATTRO | |
| Dados da Autorização TAXA DE VIDEO | |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada | |
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado | 44 - Código CNES |
| | |
| 45 – Observação / Justificativa | |
| Propriet E. Vieiro | |
| Officedia T. Amatologia | |
| 46-Data da Solicitação 47-Assinatura do Profissional Solicitante 48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49- | Assinatura do Responsável pela Autorização |
| | 380 980 * |



Nome: DENISE MOLIN
Data de nascimento: 06/02/1971

Exame: UNIMED PA - OMBRO D Data do exame: 21/04/2024 09h43

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Análise:

Linha radiolucente na tuberosidade maior do úmero (fratura sem desvio?).

Tecidos moles sem alterações.

Dr. Rodrigo Massas Evill

Dr. Rodrigo Massao Fujii CRM / PR 33789

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná

www.uniorte.com.br