

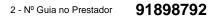
## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91898792

(Via HOSPITAL)

| 1 - Registro ANS 3 - I   | Número da Guia A                                 | tribuído pela Ope                          | radora   |   |   |  |  |                           |                       |  |
|--|--|--|--|---|---|--|--|---------------------------|-----------------------|--|
| 343269   | vamoro da Cala / t                               |  | ladora   |   | 91898   | 3792   |  |                           |                       |  |
| 4 - Data da Autorização<br>18/07/2023 10:  | 5 - Senha  | 91898792                                   | 6 - Data de Valida   | ade da Senha<br>16/09/202                           | 3   |  |  |                           |                       |  |
| Dados do Beneficiário  |  |  |  |   |   |  |  |                           |                       |  |
| 7 - Número da Carteira<br>0050000013683449   |  | 11   | /alidade da Carteira<br>08/2025                                |   | 9 - Atendimento<br><b>N</b>                               | de RN  |  |                           |                       |  |
| 50 - Nome Social   | 00/2023  |  |  |   |   |  |  |                           |                       |  |
|  |  |  |  |   |   |  |  |                           |                       |  |
| 10 - Nome MARCIO LUIZ PIRANI   |  |  |  |   |   |  |  |                           |                       |  |
| Dados do Contratado Solic  | tante  | 11.0                                       |  |   |   |  |  |                           |                       |  |
| 12 - Código na Operadora<br>08.271.755/0001-32   |  | 13 - Nome do                               | Contratado<br>. ARAUCARIA D                                    | E LONDRIN   | LTDA  |  |  |                           |                       |  |
| 14 - Nome do Profissional Sol  | icitante   |  |  | 15 - C  | nselho Profissio  | nal 16 - Número  | do Conselho                                      | 17 - UF                   | 18 - Código CBO       |  |
| RODRIGO SERIKAWA   | DE MEDEIRO                                       | S  |  | 06  |   | 26535  |  | 41                        | 225270                |  |
| Dados do Hospital / Local S<br>19 - Código na Operadora / C  |  | ,  | oital / Local Solicitado                                       |   |   |  | 21 Dot   | o cugorido po             | ıra Internação        |  |
| 08.271.755/0001-32   | 11   |  | AUCARIA DE LO  |   | DA  |  | 11   | 2023 00:00                | -                     |  |
| 22 - Caráter do Atendimento  | 23 - Tipo de Intern                              | nação 24 - Reg                             | ime de Internação  | 25 - Qtde. Diá                                      |   | 26 - Previsão de uso d   | le OPME 27 -                                     | Previsão de u             | so de Quimioterápico  |  |
| 1  | С  |  | 1  |   |   | S  |  |                           | N                     |  |
| 28 - Indicação Clínica<br>M751 Ruptura do manguito   | Rotador  |  |  |   |   |  |  |                           |                       |  |
|  |  |  |  |   |   |  |  |                           |                       |  |
| 29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional)   |  | (2) (opcional)                             | al) 31 - CID 10(3) (opcional)                                  |   | D 10(4) (opciona  | al)   33 - Indicação   | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou <b>9</b> |                           | pença relacionada)    |  |
| Procedimentos ou Itens As  34 - Tabela 35 - Código d   | sistenciais Solicit                              | tados<br>36 - Descriçã                     |  |   |   |  |  | ' - Qtde. Solid           | :. 38 - Qtde. Aut.    |  |
| 1- 22 30735033<br>2- 22 30735068<br>3- 22 30735094<br>4- 22 30735092<br>5- 18 60000805<br>6- 18 60024151<br>7-   | <del>                                     </del> | RUPTURA<br>RESSECC<br>TENOTOM<br>DIARIA DE | DO MANGUITO<br>AO LATERAL DA<br>IIA DA PORCAO<br>E QUARTO COLE | ROTADOR -<br>A CLAVICUL<br>LONGA DO<br>ETIVO DE 2 I | PROCEDIMEI<br>A - PROCEDIM<br>BICEPS - PRO<br>EITOS COM I | OSCOPICO DE OM<br>NTO VIDEOARTR<br>MENTO VIDEOAR<br>DCEDIMENTO VID<br>BANHEIRO PRIV<br>NRA ARTROSCOF | OSCOP 1<br>TROSC 1<br>DEOART 1<br>ATIVO 1        | -  -                      | 1<br>1<br>1<br>1<br>1 |  |
| 8-   |  |  |  |   |   |  | -<br> -<br> -<br> -                              | -   <br>-   <br>-   <br>- |                       |  |
| Dados da autorização   |  |  |  |   |   |  |  |                           |                       |  |
| 39 - Data provável da Admiss   | ão hospitalar 40                                 | ) - Qtde Diárias A<br><b>1</b>             | utorizadas 41 -  | Tipo de Acomo                                       | lação autorizada  |  |  |                           |                       |  |
|  |  |  |  |   |   |  | 44 - Código CNES<br>6074502                      |                           |                       |  |
| 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3371-2500 / Emitido em 18/07/2023 / Empresa / Titular: NORTOX S/A  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 #

| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b>  | 3 - Número da Guia Referen                         | nciada 91898792                                      | 4 - Senha                                    |                      | 5 - Data da Autorização<br>18/07/2023 10:02 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 9189879 |                                |
|--|--|--|--|----------------------|---|---|--------------------------------|
| Dados do Beneficiário  |  |  |  |                      |   |   |                                |
| 7 - Número da Carteira   |  | 29 - Nome Social                                     |  |                      |   |   |                                |
| 0050000013683449   |  | 25 Nome Coolai                                       |  |                      |   |   |                                |
| 8 - Nome   |  |  |  |                      |   |   |                                |
| MARCIO LUIZ PIRANI   |  |  |  |                      |   |   |                                |
| Dados do Profissional Solic  | itante   |  |  |                      |   |   |                                |
| 9 - Nome do profissional solici  | tante  |  | 10 - Telefone                                | 11                   | - E-mail                                    |   |                                |
| RODRIGO SERIKAWA   | DE MEDEIROS  |  |  |                      |   |   |                                |
| Dados da cirurgia  |  |  |  |                      |   |   |                                |
| 12 - Justificativa técnica<br>Paciente apresentando lesó<br>M751 Ruptura do manguito |  | nstradas erm exame físico e                          | de imagem. Necessita de tratamento cirurgico |                      |   |   |                                |
| OPME Solicitadas   |  |  |  |                      |   |   |                                |
| 13 - Tabela 14 - Código do I   | Material 15 -                                      | Descrição  |  | 16 - Opção 17 - Qtde | . Solicitada 18 - Valor Unitário Solic      | citado 19 - Qtde. Autorizada                        | 20 - Valor Unitário Autorizado |
| 21 - Registro ANVISA do Mate   |  | 22 - Referência do mater                             |  | 23 - Nº Autorização  | de Funcionamento                            |   |                                |
| 1- 00 00590045   | LAN  | WINA PARA SHAVER SET                                 |  | _  2                 | _ _ ,                                       | _  2  | _ _ , _                        |
| 80777280006  |  |  | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA              |                      | _   |   |                                |
| 2- <b>00</b> 71876561  | ANO  |  | PLICADOR DESCARTAVEL - 0112105-025 -         | _  3                 | _ _ ,                                       | _  3  | _ _ , _                        |
| 80083650063  |  |  | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA              |                      | _   |   |                                |
| 3- <b>00 00116700</b>  | CAN  | CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 2 |  |                      | ,   | _  1  | ,                              |
| 80743230025  |  | ARTHROM COMERC                                       | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA              | _ _ _ _              | _   |   |                                |
| 4- 00 70917540   | CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CA |  |  | 1                    | ,   | _  1  | ,                              |
| 80777280003  |  | ARTHROM COMERC                                       | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA              |                      | _   |   |                                |
| 5- 00 00596221   | GUI  | A FLEXIVEL PASSADOR                                  | SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M         | 1                    | ,   | _  1  | ,                              |
| 80743230002  |  | ARTHROM COMERC                                       | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA              |                      | _   |   |                                |
| 6- 00 76221229   | ANG  | CORA EM PEEK COM INS                                 | ERSOR - GMREIS - 320-35085-SA - ANCOR        | 1                    | ,   | _  1  | ,                              |
| 10247700123  |  | ARTHROM COMERC                                       | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA              |                      |   |   |                                |
| 24 - Especificação do Material   |  |  |  |                      |   |   |                                |
| 25 - Observação / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3                        |  | 07/2023 / Empresa / Titular: ۱                       | NORTOX S/A                                   |                      |   |   |                                |
| 26 - Data da Solicitação 27 - Assinatura do Profissional Solicitante                 |  |  |  |                      | Responsável pela Autorização                |   |                                |