

89849276



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da	Guia Atribuí	ído pela Operadora 89849276								
4 - Data da Autorização	5 - Senha	1			6 - Data de V	alidade da Senha					
16/01/2023 18:	11	•	898	49276	o Baia ao V	17/03/20	23				
Dados do Beneficiário						11,00,20					
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da	Carteira		9 - Atendimento	de RN	7			
0050000001792000			20/10/2024	Ourtoira		N					
			20/10/2024								
10 - Nome								11 - Cartão Na		de	
IVONE PEREIRA DA SILVA 708407779467666											
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional Solid	itante					15 - Conselho Pr	ofissional	16 - Número	do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO N	IOTOOKA					06		21679		41	225270
Dados do Hospital / Local Solic	itado / Dados da	Internação									
19 - Código na Operadora / CN			do Hospital / Local S	olicitado					21 - Data s	sugerida pat	a Internação
10.246.214/0001-04		UNIORT	Γ E ORTOPEDIA	A ESPEC	CIALIZADA	LTDA			18/01/20	023 00:00)
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de In	tornacão	24 - Regime de inte	rnacão	25 - Otdo di	árias Solicitadas	26 - Provis	são do uso do O	ME 27 - D	rovicão do u	so do Ouimiotoránico
2		terriação	1	ilação			26 - Previsão de uso de OPME		27 - 71	li '	
28 - Indicação Clínica	2					1		S			N
INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO											
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10)(2) (opciona	al) 31-CID10(3) (c	pcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33	- Indicação d	de Acidente (acid	ente ou doen	ça relaciona	da)
									9		
Procedimentos ou Itens Assiste	nciais Solicitado	<u> </u>									
1- 22 30720095 2- 18 60000805 3-	Procedimento	FR. DIA		TO COL	ETIVO DE	2 LEITOS CO	OM BANH	HEIRO PRIV	кіо сот		olic. 38 - Qtde. Aut. 1 1 1
39 - Data provável da Admissão	hospitalar	40 - Qtde [Diarias Autorizadas		de acomodaçã	o autorizada					
_ / / _			1	1							
42 - Código na Operadora / CN 10.246.214/0001-04	42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 44 - Código CNES 6528104										
45 - Observação											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/01/2023 / Empresa / Titular: IVONE PEREIRA DA SILVA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											



89849276



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via MÉDICO)

1 - Registro ANS	3 - Número d	a Guia Atribuí	do pela Operadora 89849276								
4 - Data da Autorização	5 - Seni	na		6 - Data de V	alidade da Senha						
16/01/2023 18:32 89849276			76	17/03/20	23						
Dados do Beneficiário											
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Cartei	ra	9 - Atendimento	de RN					
0050000001792000			20/10/2024		N						
10 - Nome					11		11 - Cartão Nac	cional de Saúde			
IVONE PEREIRA DA S	ILVA						708407779				
Dados do Contratado Solicitant							1.00.101.110				
12 - Código na Operadora		13 - N	Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04		UNI	ORT E ORTOPEDIA	ESPECIALIZ	ADA LTDA						
14 - Nome do Profissional Solid	itante			1	15 - Conselho Pr	ofissional	16 - Número	16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO			
CARLOS EDUARDO N					06	01100101101	21679	11	41	225270	
Dados do Hospital / Local Solic		a Internação									
19 - Código na Operadora / CN			do Hospital / Local Solicitad	do				21 - Data su	gerida pata	ı Internação	
10.246.214/0001-04		UNIORT	E ORTOPEDIA ES	PECIALIZADA	A LTDA			18/01/202	-	-	
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de I	nternação II	24 - Regime de internação	25 - Otde d	iárias Solicitadas 26 - Previsão de uso d						
2	2	1	1	1 20 Q.ac. a	1		S		N		
			•		•						
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	I ANEXO										
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID	0(2) (opciona	31-CID10(3) (opciona	al) 32-CID10(4)	(opcional) 33	- Indicação d	de Acidente (acid	ente ou doença	relacionad	la)	
								9			
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitad	los								<u> </u>	
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36 -	Descrição					37	7 - Otda S	olic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30720095	Frocedimento		ATURA E/OU LUXA	COES (INCL L	IINDO DESCO) AMEN	TO FPIFISAI		- Qiue. S	1	
2-	1 1 1	I I							1.1		
3-	_,, 	i						i	_ <u> </u>	, , <u>—,—,—,</u> I I I I I	
4-	_,, 	i						i	_ <u> </u>	, , <u>—,—,—,</u> I I I I I	
5-	_,, 	, 						i	_ <u> </u>	·	
6-		 						- 	;; 	,	
7-		 						- 	;; 	,	
8-	;;;_ 	 i						i	;; [. , <u>—,—,—,</u> 	
9-	;;;_ 	 I I							_;;_ 	. <u>,,_</u> ,, 	
10-		 						- 	_;;_ 	,	
11-	;;;_ 	 i						i	;; [. , <u>—,—,—,</u> 	
12-	;;;_ 	 i						i	;; [. , <u>—,—,—,</u> 	
Dados da autorização										—.—.	
39 - Data provável da Admissão	o hospitalar	40 - Otde F	Diarias Autorizadas 41 -	Tipo de acomodaçã	io autorizada						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES											
10.246.214/0001-04		11	ORT E ORTOPEDIA		ADA LTDA				İ	6528104	
45 - Observação											
Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / 1	Emitido Por:	76879089968 em 16/0	1/2023 / Empres	a / Titular: IVON	IE PEREIR	A DA SILVA				
46 - Data da Solicitação	47 - A	ssinatura do l	Profissional Solicitante	48 - Assina	tura do Beneficiário	ou Respon	sável 49 -	Assinatura do R	Responsáv	el pela Autorização	
_ _ / _ _ / _ _	_ _										



89849276 (Via ANESTESISTA)



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

16/01/2023 18:32 89849276 17/03/2023	1 - Registro ANS	3 - Número da	a Guia Atribu	uído pela Operadora 89849276							
7-Numer 200000000000000000000000000000000000	4 - Data da Autorização 16/01/2023 18	11	a	89849276	6 - Data de V		23				
10 - No.	Dados do Beneficiário			The service Contains		The seconds	- 50	_			
Total and Continuence Stationard Total and Cont	0050000001792000			† †		11					
12 - Codigo per Operatoria 10 - Notine de Comunication 10 - Notine de Comunication 15 - Confedênce Professional 15 - Confedênce Professional 15 - Notinearo de Comunication 17 - UP 16 - Codigo CRD 21679 21679 22270											
10.246_2140001-04											
CARLOS EDURADO MOTOOKA Todos do Hospotial / Lozad Solicitado / Deube da Historiago / De	10.246.214/0001-04		11		SPECIALIZ						
19 - Coldigo no Ciperaction / CNN 20 - Name do Hospital / Local Scientado 18/01/2023 00:00 18/01/2023 18	1					t	ofissional	11	do Conselho	1	-
10.246, 214 40001-04									21 Data a	ugarida nat	n Internação
28 - Indicação Clinica INDICAÁTAO CLINIGA EM ANEXO 29-CIDTO Principal (opcional) 29-CIDTO Principal (opcional) 30-CIDTO(2) (opcional) 31-CIDTO(3) (opcional) 31-CIDTO(3) (opcional) 32-CIDTO(4) (opcional) 33-Indicação de Acidemte (acidente ou deença relacronada) 9 Procedimentos ou lamas Assistenciais Solicitados 84-Tabela 35 - Código do Procedimento 1-22 30-ZIDTO(3) FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT 1 1 1-22 30-ZIDTO (3) - ZIDTO (3	10.246.214/0001-04		UNIOR	T E ORTOPEDIA ESPE					18/01/20	023 00:00)
SP-CIDTO Principal (opcional) 30-CIDTO(2) (opcional) 31-CIDTO(3) (opcional) 32-CIDTO(4) (opcional) 33 - Indicação de Addente (acidente ou deença relacionada) 9 9 9 9 9 9 9 9 9	1	1	nternação		25 - Qtde. di		26 - Previs		ii .		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 122 30720095 FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
36 - Codigo do Procedimento 36 - Descrição 37 - Orde. Solic. 38 - Orde. Aut. 1 - 22 30720095 FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT 1 1 1 1 1 1 1 1 1				al) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33 -	- Indicação d	de Acidente (acid		a relaciona	da)
	34 - Tabela 35 - Código dd 1- 22 30720095 2-	o Procedimento	36 - FR	Diarias Autorizadas 1 - Tipo 1 Nome do Hospital / Local Autoriz	de acomodaçã ado	io autorizada ADA LTDA					1
	1	47 - As	ssinatura do	Profissional Solicitante	48 - Assina	itura do Beneficiário	ou Respon	isável 49 -	Assinatura do	Responsáv	el pela Autorização



89849276

(Via 1º AUXILIAR)



46 - Data da Solicitação

_|/|__|_|/|__|

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89849276 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 16/01/2023 18:32 89849276 17/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000001792000 20/10/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 708407779467666 **IVONE PEREIRA DA SILVA** Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18 - Código CBO **CARLOS EDUARDO MOTOOKA** 06 21679 41 225270 Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação 19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida pata Internação 10.246.214/0001-04 18/01/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Caráter de Atendimento 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 2 S 2 1 1 Ν 28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM ANEXO 29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 36 - Descrição FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT 1 1- 22 30720095 2- _ 12-____ Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1 |__|_|/|__|/|__| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES 6528104 10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 45 - Observação Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 16/01/2023 / Empresa / Titular: IVONE PEREIRA DA SILVA

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização







ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº 89849276 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senna	00040070	5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora
		89849276		89849276	16/01/2023 18:32	89849276
Dados do Beneficiário		-				
7 - Numero da Carteira		8 - Nome				
0050000001792000		IVONE PEREIRA DA S	SILVA			
Dados do Profissional Solicitant	е					
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	- E-mail	
CARLOS EDUARDO M	OTOOKA					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica INDICAćAO CLINICA EM INDICAćAO CLINICA EM						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 -	Descrição		16 - Opcão 17 - C	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do materi			22 - Referência do material no fal			23 - № Autorização de Funcionamento
1- 00 00590495	PA	RAFUSO CORTICAL 3,	5X20MM	3	,	3
10247700039		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT		Ĺ	
2- 00 72243511	SIS	TEMA DE PLACAS E P	ARAFUSOS BLOQUEADOS VERSALOCK DE A	1	1 1 1 1 1	1
10247700102		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESORT	 	<u> </u>	
3- 00 00779857	PA		3,5X30MM TI001.0035.030		 	10
81118460027			RCIO DE IMPLANTESORT	<u> </u>	'1 	
4-1 1 1 1 1 1				 		
	 	<u> </u>		-		
5- 1 1 1 1 1 1	_ 			 	!!!!!!!!!!!	
	 	<u> </u>		- II II- 	 	
6-1 1 1 1 1 1	_ 			 	!!!!!!!!!!	
	 			- II II- I I I I		
	_	<u> </u>				_ _ _ _ _
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
		6879089968 em 16/01/2023	/ Empresa / Titular: IVONE PEREIRA DA SILVA			
			.,			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização	
//// //	_					