



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Gui	ia Atribuído pela Operadora 89783831							
4 - Data da Autorização 10/01/2023 12:	5 - Senha	8978383	11	'alidade da Senha	23				
Dados do Beneficiário									
7 - Numero da Carteira 1150557003022000		8 - Validade da Carteir	a	9 - Atendimento					
10 - Nome ELIESER JORGE ISIDO	ORO			-11	1	1 - Cartão Nac	ional de Saúd	е	
Dados do Contratado Solicitante	- -								
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado							
10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA									
							18 - Código CBO <b>225270</b>		
Dados do Hospital / Local Solici		· ·			-,,				
19 - Código na Operadora / CNf 10.246.214/0001-04	11	- Nome do Hospital / Local Solicitad NIORT E ORTOPEDIA ES		A LTDA			21 - Data si 12/01/20	-	a Internação O
22 - Caráter de Atendimento <b>2</b>	23 - Tipo de Intern	ação 24 - Regime de internação	25 - Qtde. d	iárias Solicitadas	26 - Previsão	de uso de OP	ME 27 - Pre	evisão de ι	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica PSEUDOARTROSE			I L		11				
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2)	(opcional) 31-CID10(3) (opciona	32-CID10(4	) (opcional) 33	- Indicação de /	Acidente (acide	nte ou doenç	a relaciona	da)
Procedimentos ou Itens Assiste	nciais Solicitados						9		
34 - Tabela   35 - Código do	Procedimento	36 - Descrição REPARACAO LIGAME PSEUDARTROSE DO I ENXERTOS EM OUTRA DIARIA DE QUARTO (	ESCAFOIDE AS PSEUDAF	TRATAMENT			1 1 1	 	Solic. 38 - Qtde. Aut.  1 1 1 1 1
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão	hospitalar 40	- Qtde Diarias Autorizadas 41 - 1	ipo de acomodaç	ão autorizada					
	1	1 1	s as assimoday						
42 - Código na Operadora / CN 10.246.214/0001-04	PJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Au UNIORT E ORTOPEDIA		ADA LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA   6528104     45 - Observação   Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 10/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE A SSIS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO   46 - Data da Solicitação   47 - Assinatura do Profissional Solicitante   48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   49 - Assinatura do Responsável pela Autorização									



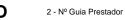
(Via MÉDICO)



\_|/|\_\_|\_|/|\_

#### GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89783831 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 10/01/2023 12:05 89783831 17/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 1150557003022000 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde **ELIESER JORGE ISIDORO** 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 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 12/01/2023 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 Ν 1 1 28 - Indicação Clínica **PSEUDOARTROSE** 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 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30721237 REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO 1 1 PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE - TRATAMENTO CIRURGICO 2- 22 30722616 1 1 3- **22** 30713048 **ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES** 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 10/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE A SSIS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



(Via ANESTESISTA)



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS	3 - Número	da Guia	Atribuído pela Operadora 89783831								
4 - Data da Autorização 10/01/2023 12	5 - Se	enha	897	783831	6 - Data de V	alidade da Senha 17/03/20	)23				
Dados do Beneficiário						11,00,20					
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da	Carteira		9 - Atendimento					
1150557003022000						N	l				
10 - Nome  ELIESER JORGE ISIDORO  11 - Cartão Nacional de Saúde											
Dados do Contratado Solicitant	te										
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04  13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO MOTOOKA			15 - Conselho Profissional						17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>	
Dados do Hospital / Local Solic	citado / Dados	s da Inte	rnação								
19 - Código na Operadora / CN	IPJ	- 11	Nome do Hospital / Local S						11	-	a Internação
10.246.214/0001-04			NORT E ORTOPEDI	A ESPE					J∟	023 00:0	
22 - Caráter de Atendimento  2	23 - Tipo d	le Interna <b>2</b>	24 - Regime de inte	ernação	25 - Qtde. di	árias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previs	são de uso de Ol	PME 27 - Pi	revisão de ι	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica PSEUDOARTROSE	<u> </u>		·		<u> </u>		<u> </u>				
29-CID10 Principal (opcional)	30-CI	D10(2) (d	opcional) 31-CID10(3) (	opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33	- Indicação d	de Acidente (acid	lente ou doen <b>9</b>	ça relaciona	da)
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicit	ados									
34 - Tabela 35 - Código do	o Procedime	nto	36 - Descrição							37 - Qtde. S	Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30721237			REPARACAO LIG			_				1	1
2- 22 30722616			PSEUDARTROSE				TO CIRUI	RGICO		1	1
3- <b>22 30713048</b>	1.1.1	1.1	ENXERTOS EM O	UIKAS	PSEUDAR	IKUSES				1 	1
5-	III- 	— —  								 	-!
6-		_;; _ _								.—.—.    _	-
7-   _	_ _ _	_ _								_ _ _	_
8-	_ _ _	_ _								_	_   _ _ _
9-		_ _								<u> _ _ </u> _	-
	-	_ _								_	_
11-	- 	_ _  _ _								_    _	-l
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissã	o hospitalar	40 -	- Qtde Diarias Autorizadas		de acomodaçã	o autorizada					
'  - '		- 11	1	1		İ					
42 - Código na Operadora / CN	NPJ autorizad	ob	1 43 - Nome do Hospital / L		zado						44 - Código CNES
42 - Código na Operadora / Ch 10.246.214/0001-04	NPJ autorizad	ob		ocal Autoriz		ADA LTDA					44 - Código CNES <b>6528104</b>
42 - Código na Operadora / CN	3372-0900	/ Emitic	43 - Nome do Hospital / L UNIORT E ORTOP	ocal Autoriz	SPECIALIZ		RME UNIM	IED DE ORIGI	EM / Empre	esa / Titula	6528104
42 - Código na Operadora / Ch 10.246.214/0001-04 45 - Observação Telefone Contratado: (43)	3372-0900	/ Emitic	43 - Nome do Hospital / L UNIORT E ORTOP	ocal Autoriz	SPECIALIZ		RME UNIM	IED DE ORIGI	EM / Empre	esa / Titula	6528104





# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via 1º AUXILIAR)

1 - Registro ANS	3 - Número da	Guia Atrib	uído pela Operadora 89783831								
4 - Data da Autorização	5 - Senh	а		- 11	6 - Data de V	alidade da Senha					
10/01/2023 12	:05		897838	31		17/03/20	023				
Dados do Beneficiário  7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carte	ira		9 - Atendiment	o de RN	$\neg$			
1150557003022000			0 - Validade da Carte	ша		11	<b>1</b>				
10 - Nome  ELIESER JORGE ISIDORO  11 - Cartão Nacional de Saúde											
Dados do Contratado Solicitant	te	1112	Nome de Centratado								
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04  13 - Nome do Contratado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA											
14 - Nome do Profissional Solicitante  CARLOS EDUARDO MOTOOKA  15 - Conselho Profissional 06						16 - Número 21679	o do Consel	17 - UF	18 - Código CBO <b>225270</b>		
Dados do Hospital / Local Solid											
19 - Código na Operadora / CN 10.246.214/0001-04	IPJ	t	e do Hospital / Local Solicit RT E ORTOPEDIA E		CIALIZADA	LTDA			i i	ta sugerida pat /2023 00:00	-
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Ir <b>2</b>	nternação	24 - Regime de internaçã	io	25 - Qtde. di	árias Solicitadas	26 - Previ	são de uso de C	PME 27	- Previsão de u	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica PSEUDOARTROSE			-				<del>-</del>				
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID1	0(2) (opcior	al) 31-CID10(3) (opcion	nal)	32-CID10(4)	(opcional) 33	3 - Indicação	de Acidente (aci	dente ou do <b>9</b>	ença relaciona	da)
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitado	os									
1	o Procedimento	36	- Descrição							37 - Qtde. S	Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30721237			EPARACAO LIGAM				TO OIDLE	DOLOO		1	1
2- 22 30722616 3- 22 30713048			SEUDARTROSE DO NXERTOS EM OUTF		_		TO CIRU	RGICO		1	1
4-	1111		AXENTOS EM OUTI	.,,	I SEODAN	INOSES				iii	
5-		_; _									-, , <u>,,-</u> , _
6-	_ _ _	_i _								<u>                                      </u>	
7-		_  _								_ _ _	1  _ _
8-		_! _								_ _ _	-
9-	_ _ _	—! —									-
10-		-								_ _ _	_
12-		_  _								-   <u>  </u>	-I
Dados da autorização											
39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 1											
42 - Código na Operadora / Cl 10.246.214/0001-04	NPJ autorizado	11	Nome do Hospital / Local A				I				44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação											
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 10/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE A SSIS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO											
46 - Data da Solicitação	47 - As	ssinatura do	Profissional Solicitante		48 - Assina	tura do Beneficiá	rio ou Respor	nsável 49	- Assinatura	do Responsáv	vel pela Autorização
											,



# Unimed 11 Londrina

# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora				
		89783831		89783831	10/01/2023 12:05	89783831				
Dados do Beneficiário										
7 - Numero da Carteira		8 - Nome								
1150557003022000   ELIESER JORGE ISIDORO										
Dados do Profissional Solicitan	te	J L								
9 - Nome do profissional solicit	ante		10 - Telefone	11	1 - E-mail					
CARLOS EDUARDO N	IOTOOKA									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica INDICA‡AO CLINICA EN PSEUDOARTROSE AUTORIZADO CONFORM										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do I		- Descrição	On Defendancia de material de fal	16 - Opção 17 - 0						
21 - Registro ANVISA do mater		DAELIOO OANIII ADO	22 - Referência do material no fab			23 - № Autorização de Funcionamento				
1- 00 70416451	PA		MM-211.26 PARAFUSO CANULADO ESCAFOID	_  1	اباــــاــــابا					
80163430004			IMPLANTES ORTOPEDIÇO							
2- 00 78890578	AN		APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN	l <u>                                      </u>	اِباــــاــــااـــا					
80083650087			RCIO DE IMPLANTESOR <u>T                       </u>		I.					
3- <b>00 00193178</b>	FIC	O KIRSCHNER 0,8X300N	ИМ 40012300080	1	,	_ _  1   _ ,				
10223680050					<b>I</b> _					
4-   _	.			.	,					
	_ _ _ _	_		_	<u>  _ _ _ _ _ </u>					
5-   _				.	_ _   _ ,					
	_ _ _ _	_[			<u>  _ _ _ _ _ </u>					
6-				.	,					
	_ _ _ _	_		_ _ _		<del>  _  _  _   _   </del>   _  _				
24 - Especificação do material										
25 - Observações / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 10/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DE A SSIS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO										
3313 COOPERATIVA DE	I KADALHU MEDICU									
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					
	_									