

#### 89783548



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

	3 - Número da Gu	ia Atribuído	89783548							
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 - Data de V	alidade da Senha					
10/01/2023 11	:41		89783548	11/03/2023						
Dados do Beneficiário	'				· -					
7 - Numero da Carteira 8 - Validade da Carteira				9 - Atendimento						
0050000003729730 06/08/2023					N					
10 - Nome				11 - Cartão Na		ide				
MATHEUS LONE ARRUDA 700200464319121  Dados do Contratado Solicitante										
12 - Código na Operadora	le									
10.246.214/0001-04		SPECIALIZ	ADA LTDA							
14 - Nome do Profissional Solicitante					15 - Conselho Profissional 16 - Nún			do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO N	MOTOOKA				06		21679		41	225270
Dados do Hospital / Local Solid		-	Marattal / Least Colinitado					Tot Doto	·	1.4
19 - Código na Operadora / CN 10.246.214/0001-04	11		o Hospital / Local Solicitado E ORTOPEDIA ESPEC	CIALIZAD <i>!</i>	A I TDA			11	sugerida pat <b>023 00:0</b> (	a Internação
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Interi		4 - Regime de internação		iárias Solicitadas	I 76 - Previs	são de uso de O	<u> </u>		so de Quimioterápico
22 - Carater de Ateridimento	23 - Tipo de inten	dçau    _	14 - Regime de internação	20 5 Q100. 0.	1	20 - 1 100	Sao de uso de O	2, .		N
28 - Indicação Clínica	_			I L						
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2)	(opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33	- Indicação d	de Acidente (acid	dente ou doen	ça relaciona	da)
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitados									
	Procedimento	36 - De								
1- 22 30721237 REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO 1 1 1										olic. 38 - Qtde. Aut.
					_				1	
2- 22 30721199		FRA	ARACAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC	OES DO P	UNHO - TRAT			co	1 1	1 1
2- <b>22</b> 30721199 3- 18 60000805	1111	FRA	ARACAO LIGAMENT	OES DO P	UNHO - TRAT			co	1	
2- 22 30721199	_ _ _	FRA	ARACAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI	OES DO P	UNHO - TRAT	OM BANI	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- <b>22 30721199</b> 3- <b>18 60000805</b> 4-   _ _ _		FRA	ARACAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI	OES DO P	UNHO - TRAT	OM BANI	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- 22		FRA	ARACAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI	OES DO P	UNHO - TRAT	OM BANI	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- 22   30721199   3- 18   60000805   4-		FRA	ARACAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI	OES DO P	UNHO - TRAT	OM BANI	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- 22   30721199   3- 18   60000805   4-		FRA	ARÁCAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI	OES DO P	UNHO - TRAT	OM BANH	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- 22 30721199 3- 18 60000805 4-		FRA	ARÁCAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI	OES DO P	UNHO - TRAT	OM BANH	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- 22   30721199   3- 18   60000805   4-		FRA	ARÁCAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI	OES DO P	UNHO - TRAT	OM BANH	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- 22 30721199 3- 18 60000805 4-		FRA	ARÁCAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI	OES DO P	UNHO - TRAT	OM BANH	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- 22   30721199   3- 18   60000805   4-	o hospitalar 4	FRAT DIAR	ARACAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI	OES DO P	UNHO - TRAT	OM BANH	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- 22 30721199 3- 18 60000805 4-	o hospitalar	FRAT DIAR	ARACAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI	OES DO P	UNHO - TRAT	OM BANH	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- 22 30721199 3- 18 60000805 4-		FRAT DIAR	ARÁCAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI  arías Autorizadas 41 - Tipo	OES DO PI LETIVO DE	UNHO - TRAT	OM BANH	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1
2- 22 30721199 3- 18 60000805 4-		FRAT DIAR	ARACAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI  arias Autorizadas 1 41 - Tipo 1	OES DO PI LETIVO DE	UNHO - TRATE 2 LEITOS CO	OM BANH	HEIRO PRIV	co	1 1	1 1 1 
2- 22 30721199 3- 18 60000805 4-	NPJ autorizado	FRAT DIAR	ARACAO LIGAMENT. TURAS E/OU LUXAC RIA DE QUARTO COI  arias Autorizadas 1 1 - Tipo 1 me do Hospital / Local Autoriz RT E ORTOPEDIA ES	de acomodaçã ado SPECIALIZ	UNHO - TRATE 2 LEITOS CO	HEUS LON	HEIRO PRIV	CO YATIVO	1 1 1 1   _ _   _ _   _ _   _ _	1 1 1 



#### 89783548

(Via MÉDICO)



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

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89783548 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 10/01/2023 11:41 89783548 11/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000003729730 06/08/2023 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 700200464319121 **MATHEUS LONE ARRUDA** 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 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 35 - Código do Procedimento 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 34 - Tabela 36 - Descrição 1- 22 30721237 REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO 1 2- 22 30721199 FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - TRATAMENTO CIRURGICO 1 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 / Empresa / Titular: MATHEUS LONE ARRUDA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89783548

(Via ANESTESISTA)

1 - Registro ANS	3 - Número da Gui	a Atribuído pela Operadora			
4 - Data da Autorização	5 - Senha	89783548	6 - Data de Validade da Senha		
10/01/2023 11:	11	89783548	11/03/2023		
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RI	N	
0050000003729730		06/08/2023	N		
10 - Nome  MATHEUS LONE ARRI	JDA			11 - Cartão Nacional de <b>70020046431912</b> 1	
Dados do Contratado Solicitante	1	13 - Nome do Contratado			
12 - Código na Operadora 10.246.214/0001-04		UNIORT E ORTOPEDIA E	SPECIALIZADA LTDA		
14 - Nome do Profissional Solici CARLOS EDUARDO M			15 - Conselho Profissio	21679	elho 17 - UF 18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicit		rnação			
19 - Código na Operadora / CNF	11	- Nome do Hospital / Local Solicitado	CIALIZADA LEDA	11	ata sugerida pata Internação
10.246.214/0001-04		NIORT E ORTOPEDIA ESPE			1/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento  2	23 - Tipo de Interna	ação 24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas 26 -	- Previsão de uso de OPME 27	7 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO				
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (	(opcional) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional) 33 - Indic	cação de Acidente (acidente ou d	loença relacionada)
				9	
Procedimentos ou Itens Assister	nciais Solicitados				
34 - Tabela 35 - Código do	Procedimento	36 - Descrição			37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 30721237 2- 22 30721199		REPARACAO LIGAMENT	TAR DO CARPO COES DO PUNHO - TRATAM	ENTO CIRLIRGICO	1 1 1 1
3-	1111		OLO DO I OMITO - INATAM	LITTO OINONOIOO	. i i
4-					
5-	_				
6-	_				
7-   _       _	_				-  _ _ _     _ _
8-   _      _ _ 9-	-     				- I—I—I—I I—I—I—I I I I I I I I I
10-					-
11-					
12-	_				
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão	hospitalar   40	- Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo	o de acomodação autorizada		
	D L outorino di		7040		AA OUR ONE
42 - Código na Operadora / CN 10.246.214/0001-04	ru autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autor UNIORT E ORTOPEDIA E			44 - Código CNES <b>6528104</b>
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitio	do Por: 76879089968 em 10/01/2	023 / Empresa / Titular: MATHEUS	S LONE ARRUDA	
(10)			•		
46 - Data da Solicitação	47 - Assina	tura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou F	Responsável 49 - Assinatur	ra do Responsável pela Autorização
	ı ill				•



### 89783548



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via 1º AUXILIAR)

1 - Registro ANS	3 - Número da G	uia Atribuído	o pela Operadora 89783548								
4 - Data da Autorização	5 - Senha	5 - Senha 6 - Data o									
10/01/2023 11	:41	89783548			11/03/2023						
Dados do Beneficiário											
1 11			8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN							
0050000003729730 06/08/2023					N						
10 - Nome							11 - Cartão Nac		le		
MATHEUS LONE ARR				7002004643	319121						
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora  13 - Nome do Contratado											
10.246.214/0001-04	PECIALIZ	ADA LTDA									
14 - Nome do Profissional Solicitante					1		16 - Número do Conselho		11 11 "		
CARLOS EDUARDO N		4	06				21679 41 22527		225270		
Dados do Hospital / Local Solid 19 - Código na Operadora / CN			o Hospital / Local Solicitado					21 - Data s	ugerida pata	a Internação	
10.246.214/0001-04		JNIORT	RT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			,	12/01/2023 00:00			)	
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Inter	nação   2	24 - Regime de internação <b>1</b>	11		26 - Previsão de uso de		le OPME 27 - Previsão de		uso de Quimioterápico	
28 - Indicação Clínica			•	l <u></u>	-						
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2	) (opcional)	31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33 ·	· Indicação d	e Acidente (acide	-	a relaciona	da)	
Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitados							9			
	o Procedimento	36 - D	escrição						37 - Otde S	olic. 38 - Qtde. Aut.	
1- 22 30721237	o i rocedimento		ARACAO LIGAMENT.	AR DO CA	RPO				1	1	
2- 22 30721199		FRA	TURAS E/OU LUXAC	OES DO P	UNHO - TRAT	AMENTO	CIRURGIC	0	1	1	
3-	_ _ _ _	.l								.  _ _ _	
4-	_ _ _ _	ļ ——							_ _		
5-	_ _ _ _	<u> </u>								_ _ _	
6-										·	
8-									_  		
9-		1							_    _  		
1 × 1 1 1 1 1 1	_ _ _ _	.l .l							        -		
10-	_    _	.l .l .l							         		
10-		     									
10-		     									
10-	o hospitalar	         0 - Qtde Dia		de acomodaçã							
10-			arias Autorizadas   41 - Tipo	de acomodaçã							
10-		43 - No	arias Autorizadas 41 - Tipo	de acomodaçã	o autorizada						
10-	NPJ autorizado 3372-0900 / Em	43 - No UNIO tido Por: 7	arias Autorizadas 41 - Tipo 1 me do Hospital / Local Autoriz	de acomodaçã ado SPECIALIZ 023 / Empres	o autorizada  ADA LTDA	HEUS LON	E ARRUDA	Assinatura do	Responsávi	_	





# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E 2-Nº 89783548 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora	1
		89783548		89783548	10/01/2023 11:41		89783548
Dados do Beneficiário			J L				
7 - Numero da Carteira		8 - Nome					
0050000003729730		MATHEUS LONE ARR	RUDA				
Dados do Profissional Solicitan	Α						
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	- E-mail		
CARLOS EDUARDO N				11			
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica							
INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO						
INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do It		Descrição			Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So		itário Autorizado
21 - Registro ANVISA do mater			22 - Referência do material no fab			23 - Nº Autorização de Funcionamento	
1- 00 78890578	AN		APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN	l        4	,	_ _  4  _ _	_  ,
80083650087		ARTHROM COMER	RCIO DE IMPLANTESOR <u>T                          </u>		I <sub>-</sub>		_ _ _
2- 00 00193178	FIC	KIRSCHNER 0,8X300N	MM 40012300080	4	,	_ _  4  _ _	_  ,
10223680050			_ _ _ _		I.	_ _ _ _	_ _ _
3-   _	_ _ _				_ _   _ ,		_ _ ,
	_	.[			<u> </u>		_ _ _
4-							
		ı		خانسان			
5-	_,,,_ 	•	···				
	,,,,,,,,	 		 .			
6-		-1	111111111111111111111				
	!!!!!! 			- 			
	_	-1					
24 - Especificação do material							
25 - Observações / Justificativa			/ E				
Telefone Contratado: (43)	3372-0900 / Emitido Por: 76	6879089968 em 10/01/2023	s / Empresa / Titular: MATHEUS LONE ARRUDA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante	П	28 - Assinature do l	Responsável pela Autorização		
1	1 III 27 - Assiriatura do Pro	nissional Suikilante		20 - ASSIIIAIUIA 00 I	iveshousavei heia Muiolizačao		
	_						