



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89783831

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89783831
------------------	--

4 - Data da Autorização 10/01/2023 12:05	5 - Senha 89783831	6 - Data de Validade da Senha 17/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 1150557003022000	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

10 - Nome ELIESER JORGE ISIDORO	11 - Cartão Nacional de Saúde
---	-------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

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 do Conselho 21679	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 12/01/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

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

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30721237	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO	1	1
2- 22	30722616	PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
3- 22	30713048	ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES	1	1
4- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
5-		_____		
6-		_____		
7-		_____		
8-		_____		
9-		_____		
10-		_____		
11-		_____		
12-		_____		

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de acomodação autorizada 1
--	---	--

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 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
---	---	--	---



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89783831

(Via MÉDICO)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89783831
------------------	--

4 - Data da Autorização 10/01/2023 12:05	5 - Senha 89783831	6 - Data de Validade da Senha 17/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 1150557003022000	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome ELIESER JORGE ISIDORO		11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante					
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 do Conselho 21679	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 12/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N

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

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30721237	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO	1	1
2- 22	30722616	PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
3- 22	30713048	ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES	1	1
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de acomodação autorizada 1	
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 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
---	---	--	---



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89783831

(Via ANESTESISTA)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89783831
------------------	--

4 - Data da Autorização 10/01/2023 12:05	5 - Senha 89783831	6 - Data de Validade da Senha 17/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário		
7 - Numero da Carteira 1150557003022000	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome ELIESER JORGE ISIDORO		11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante				
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 do Conselho 21679	17 - UF 41
		18 - Código CBO 225270		

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA			21 - Data sugerida para Internação 12/01/2023 00:00
22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N

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					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
1- 22	30721237	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO	1	1	
2- 22	30722616	PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1	
3- 22	30713048	ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES	1	1	
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					

Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de acomodação autorizada 1	
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 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



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89783831

(Via 1º AUXILIAR)

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89783831
------------------	--

4 - Data da Autorização 10/01/2023 12:05	5 - Senha 89783831	6 - Data de Validade da Senha 17/03/2023
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 1150557003022000	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

10 - Nome ELIESER JORGE ISIDORO	11 - Cartão Nacional de Saúde
---	-------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

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 do Conselho 21679	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 10.246.214/0001-04	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA	21 - Data sugerida para Internação 12/01/2023 00:00
--	--	---

22 - Caráter de Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de internação 1	25 - Qtde. diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

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

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 22	30721237	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO	1	1
2- 22	30722616	PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE - TRATAMENTO CIRURGICO	1	1
3- 22	30713048	ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES	1	1
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar / /	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de acomodação autorizada 1
--	---	--

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 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
---	---	--	---



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

2 - Nº

89783831

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada 89783831	4 - Senha 89783831	5 - Data da Autorização 10/01/2023 12:05	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89783831
------------------	--	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 1150557003022000	8 - Nome ELIESER JORGE ISIDORO
--	-----------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante CARLOS EDUARDO MOTOOKA	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO PSEUDOARTROSE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do material		22 - Referência do material no fabricante				23 - Nº Autorização de Funcionamento	
1- 00	70416451	PARAFUSO CANULADO - MM-211.26 PARAFUSO CANULADO ESCAFOID		1			
80163430004		CIRUSIL COM DE IMPLANTES ORTOPEDICO					
2- 00	78890578	ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN		1			
80083650087		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00193178	FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080		1			
10223680050							
4-							
5-							
6-							

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

26 - Data da Solicitação 10/01/2023	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---