

89783668



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

(Via HOSPITAL)

7. Vortices Lacetimes	1 - Registro ANS 343269	3 - Número d	a Guia Atribu	uído pela Operadora 89783668							
Debte de Developer	4 - Data da Autorização	5 - Sent	 na		6 - Data de V	alidade da Senha					
7. Nomes 8. Voidage de Cartellos 19. Aberdenente de BN	1	:57		89783668							
10 - Notice 11 - Certifo Nacional de Solois 11 - Certifo Nacional de Solois 12 - Note de Certifacto 12 - Note de Certifacto 13 - Note de Certifacto 14 - Note de Certifacto 14 - Note de Certifacto 14 - Note de Certifacto 15 - Cercifacto Perfedissoro 16 - Note de Certifacto 17 - UF 16 - Codiça DESO CARLOS EDUARDO MOTOKA 16 - Note de N	Dados do Beneficiário										
10 Notes 10 Notes 11	7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN					
LUCAS OSIPI To Cologo no Ormandos To Cologo	9750000017583821			31/05/2023		N					
To Coding in a Commende Socialization 10.246.214/0001-04 11- Norme do Professional Socialization 11- Norme do Normetra Professional Socialization 11- Normetra Pr								11 - Cartão Nac	cional de Saú	de	
12 - Colding Principal (operanda) 13 - Norme do Contralation 15 - Contral Profitational Societaria Societaria Societaria (Principal (operanda) 15 - Norme do Contralation 15 - Contral Profitational 15 - Norme do Contralation 17 - UP 18 - Codigo CBO CARLOS EDUARDO MOTORA 15 - Codigo Profitational Societaria (Principal (operanda) 15 - Norme do Contralational (Principal (operanda)								706802728	346921		
10.246.214/0001-04		<u>e</u>	112	Nicros de Controtado							
CARLOS EDUARDO MOTOOKA Ge			11		SPECIALIZ	ADA LTDA					
Description Configuration	i					İ	ofissional	11	do Conselho	11 1	-
19 - Codego no Cerenadora / CNP3 21 - Dans augenitas pala Internação 120 - April 24 - Regime de Internação 120 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Opment 22 - Tego de Internação 23 - Tego de Internação 23 - Tego de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Outre, distrias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de Opment 27 - Previsão de uso de Opment 27 - Previsão de uso de Opment 28 - Descrição 28 - Descrição 38 - Descrição 39 - Outre 39 - Outre 30 - Outre						06		21679		41	225270
19.246.214/0001-04									II a. Data	! mas	~ -
28- Indiceação Clinica Sun Capacida Clinica EM ANEXO 28- CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indiceação de Acidente (acidente ou desnça relacionada) 9 Procedimentos ou ltorra Assistenciais Solicitados 37 - Coldes Solicitados 38 - Coldego Res Solicitados 39 - Coldes Coldes Coldes Autorizaçãos 40 - Coldes Coldes Coldes Coldes Coldes Autorizaçãos 40 - Coldes C	1	PJ 	11	•	ECIALIZADA	LTDA			11		
28-CID10 Principal (opcional) 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 lierra Assistencias Solicitatios 34 - Tabola 35 - Código do Procedimento OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACAPPEANA COM US 1 1 OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACAPPEANA COM US 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de I	nternação	24 - Regime de internação	25 - Qtde. d	iárias Solicitadas 26 - Previsã		11		·	
29-CID10 Principal (opcional) 30-CID10(2) (opcional) 31-CID10(3) (opcional) 32-CID10(4) (opcional) 33 - Indicação de Actidente (actidente ou doença relacionado) 9	2	2		1		1		S			N
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela \$5 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Cide. Solic. 38 - Otde. Aut. 22 30722535 OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM US 1 23 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 34 - La											
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qirde. Solic. 38 - Qirde. Aut. 1- 22 30722535 OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM US 1 1 2- 18 60000805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 1 1 4- 1	29-CID10 Principal (opcional)	30-CID1	0(2) (opciona	aal) 31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33	- Indicação d	le Acidente (acid		ça relaciona	da)
36 - Descrição 37 - Olde, Solic, 38 - Olde, Aut. 1 - 22 30722535 OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM US 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Procedimentos ou Itens Assiste	enciais Solicitad	los								
1- 22 30722535 OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM US 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				- Descrição						27 - Otde S	olic 38 - Otde Aut
3		7 F 1000aii		•	RATURA DE	FALANGE E	METACA	RPEANA C	OM US		
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	2- 18 60000805		DIA	ARIA DE QUARTO CO	DLETIVO DE	2 LEITOS CO	OM BANH	IEIRO PRIV	ATIVO	1	1
10-	3-	_ _ _	<u> </u>							_ _ _	
6		_ _ _ _	<u> </u>							_ _ _	
7-		_ _ _ _	<u> </u>								<u> </u>
9-	6- _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	<u> </u>							<u> _ _ _</u>	·
9-	⁷⁻ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _	<u> </u>							_ _	.
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar I		 	 							_ 	-
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar L I 1 1 1 1 1 1 1 1 1		 	 							_ 	-l
Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar		lll	!—! — !								-!
39 - Data provável da Admissão hospitalar		_ 	 							 	-, , <u> </u>
39 - Data provável da Admissão hospitalar	Dados da autorização										
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 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 DO ES TADO DO PARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		o hospitalar	40 - Qtde	Diarias Autorizadas 41 - Tip	o de acomodaçã	o autorizada					
10.246.214/0001-04 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 DO ES TADO DO PARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
10.246.214/0001-04 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 DO ES TADO DO PARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	42 - Código na Operadora / CN		43 -	Nome do Hospital / Local Autor	rizado						44 - Código CNES
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 10/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ES TADO DO PARANA 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	10.246.214/0001-04 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 6528104									1	
	Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 10/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ES										
	46 - Data da Solicitação	47 - A	.ssinatura do	Profissional Solicitante	48 - Assina	tura do Beneficiário	o ou Respons	sável 49 -	Assinatura do	n Responsáv	el pela Autorização



89783668

Londrina

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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	a	4 - Senna		5 - Data da Autorização	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora	
343269		89783668		89783668	10/01/2023 11:57	89783668	
Dados do Beneficiário							
7 - Numero da Carteira		8 - Nome					
9750000017583821		LUCAS OSIPI					
		20070 0011 1					
Dados do Profissional Solicitant 9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	1 11	- E-mail		
· ·			10 - Teleforie		- L-maii		
CARLOS EDUARDO M	OTOUKA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEXO						
INDICAÇAO CLINICA EM							
AUTORIZADO CONFORM	E UNIMED DE ORIGEM						
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ita 21 - Registro ANVISA do materi		Descrição	22 - Referência do material no fabr		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário So	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento	
1- 00 00417416		ACA FIBULA BLOQUEA	DA AV LATERAL DISTAL DIERITA 03 FUROS TI		1 1 1 1 11		
81118460027			CIO DE IMPLANTESORT	'	IIIII		
	F.4.			_	I-		
2- 00 72375906	FA		I PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14-	_ 1	<u>-</u>		
10247700109			CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>	_ _ _	I-	_ _ _ _	
3- 00 00503614	PA	RAFUSO CORTICAL 2,7	7X34MM 172-28-34	1	,	_ _ 1 _ _ , _	
10247700039		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>	_ _ _	I.		
4- _							
		<u> </u>					
5-		•	1111111111111				
	_	ļ			-		
6- _				-	_ _ _		
	_			_ _ _ _	_ _		
24 - Especificação do material							
1							
25 Observações / Justificativa							
25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 10/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ES							
TADO DO PARANA	107 2 0000 7 Emiliao 1 01. 7 C	507 500 5500 CIII 10/01/2025 /	ACTORIZADO COM CRIME CINIMED DE CIRICEMA EMP	resa / ritalar. Or	WINED DO EG		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante	П	28 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização		
1	I III	nooronal Conollarite	·	Lo - Assiriatura do I	πουροποάνοι μοιά Αυτοπέαφαυ		
_/ _/	-						