

89954990

(Via HOSPITAL)



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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89954990 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 25/01/2023 16:39 89954990 26/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000001670789 02/07/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 704805594104941 **ELAINE GAGLIARDI REIS** 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 28/01/2023 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 SEGUE PEDIDO MEDICO 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 34 - Tabela 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut. FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COT 1 1- 22 30720095 2- 18 60000384 DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA 3- **18** 60000554 DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES 1 12-Dados da autorização 39 - Data provável da Admissão hospitalar 40 - Qtde Diarias Autorizadas 41 - Tipo de acomodação autorizada 12 _|_|/|__| 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: 06827478904 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: MARIO MARTINS REIS 46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Unimed A

2 - Nº Guia Prestador

89954990

(Via MÉDICO)

1 - Registro ANS	3 - Número da	a Guia Atrib	buído pela Operadora 89954990								
4 - Data da Autorização	5 - Senh			——————————————————————————————————————	e - Data de Va	lidade da Senha					
25/01/2023 16:3	11	.a	899	54990	0 - Data de vo	26/03/20	i				
Dados do Beneficiário				34330		2010012	J23				
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da	Carteira		9 - Atendimento	n de RN	٦			
0050000001670789			02/07/2024	11 11							
10 - Nome							11	11 Cortão Nacio	al do Coúc	1	
ELAINE GAGLIARDI RE	EIS							11 - Cartão Nacio		ie 	
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		11	- Nome do Contratado								
10.246.214/0001-04		UN	NIORT E ORTOPE	EDIA ES	PECIALIZA	ADA LTDA					
14 - Nome do Profissional Solicit	ante					15 - Conselho P	rofissional	16 - Número do	Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO MO	OTOOKA					06		21679		41	225270
Dados do Hospital / Local Solicita	ado / Dados da	a Internaçã	io					J [
19 - Código na Operadora / CNP	J	20 - Non	me do Hospital / Local S	olicitado					21 - Data s	ugerida pat	a Internação
10.246.214/0001-04		UNIOF	RT E ORTOPEDIA	A ESPEC	CIALIZADA	LTDA			28/01/20	23 00:00	0
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Ir	nternação	24 - Regime de inter	rnação	25 - Qtde. diá	rias Solicitadas	26 - Previsa	ão de uso de OPM	1E 27 - Pr	evisão de u	so de Quimioterápico
2	2	-	1	, , ,		1		S			N
						-					
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID1	0(2) (opcio	onal) 31-CID10(3) (o	pcional)	32-CID10(4)	(opcional) 33	3 - Indicação de	e Acidente (acider	ite ou doenç 9	a relaciona	da)
Procedimentos ou Itens Assisten	ciais Solicitad	os									
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095	Procedimento		6 - Descrição RATURA E/OU L	UXACOI	FS (INCLU	INDO DESC	OI AMENT	O EPIFISARI			Solic. 38 - Qtde. Aut.
			KATOKA E/OO E	UNACOL	LO (IIVOLO	IIIO DEGO	OLAMEITI	O LI II IOAN			
3-	- -	 -								- _	-ı ı—ı—ı—ı -l l <u>—l</u> —l—l
4-										 _	
5-										 	
6-										 	
7-	- - -	<u>i_i </u>									
8-										 _	
9-		 I I								.—.—. I I I	-, . <u>,,-</u> .
10-										.— 	-, , <u></u> ,
11-										.— 	<u></u>
12-										.— 	-, , <u></u> ,
Dados da autorização											-
39 - Data provável da Admissão	hospitalar	1 40 - Qtd	e Diarias Autorizadas	41 - Tipo d	de acomodação	autorizada					
/ _ /			1	12	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,						
42 - Código na Operadora / CNF	Loutorizada	1 42	- Nome do Hospital / Lo		ado						44 - Código CNES
10.246.214/0001-04	J autorizado	- 11	- Nome do Hospital / Lo								6528104
			WIOKI E OKTOFI	EDIA ESI	FECIALIZA	ADA LIDA					0320104
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3:	372-0900 / E	Emitido Po	or: 06827478904 em	1 25/01/202	23 / Empresa	a / Titular: MAF	RIO MARTIN	IS REIS			
46 - Data da Solicitação	47 - As	ssinatura d	do Profissional Solicitant	e	48 - Assinat	ura do Beneficiár	io ou Respons	sável 49 - As	ssinatura do	Responsáv	vel pela Autorização



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

89954990

(Via ANESTESISTA)

1 - Registro ANS	3 - Número da G	uia Atribuí	do pela Operadora					
			89954990					
4 - Data da Autorização 25/01/2023 16:	5 - Senha		89954990	6 - Data de Validade da Ser 26/03				
Dados do Beneficiário								
7 - Numero da Carteira			8 - Validade da Carteira	9 - Atendim	ento de RN			
0050000001670789			02/07/2024		N			
10 - Nomo			<u> </u>			11 - Cartão Nac	ional do Saúdo	
10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 704805594104941								
Dados do Contratado Solicitant	e	_,						
12 - Código na Operadora		H	ome do Contratado					
10.246.214/0001-04		UNIC	ORT E ORTOPEDIA ES	SPECIALIZADA LTDA	ı			
14 - Nome do Profissional Solic	itante			15 - Conselh	Profissional	16 - Número	do Conselho 17 -	UF 18 - Código CBO
CARLOS EDUARDO N	ІОТООКА			06		21679	41	225270
Dados do Hospital / Local Solic		tornação						
19 - Código na Operadora / CN			do Hospital / Local Solicitado				21 - Data sugarid	a pata Internação
10.246.214/0001-04	11		E ORTOPEDIA ESPE	CIALIZADA I TDA			28/01/2023 0	
10.246.214/0001-04		JNIOKI	E OKTOPEDIA ESPE					
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Inter	nação	24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitada	s 26 - Previ	são de uso de OP	ME 27 - Previsão	de uso de Quimioterápico
2	2		1	1		S		N
28 - Indicação Clínica								
29-CID10 Principal (opcional)	30-CID10(2) (opcional	31-CID10(3) (opcional)	[00 0]D40(4) (22 Indiana a	do Asidonto (oside		
) [[31-CID10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - maicação o	de Acidente (acide	ente ou doença rela	cionada)
				32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação (de Acidente (acide	ente ou doença relad 9	cionada)
Procedimentos ou Itens Assiste	nciais Solicitados		31-CID 10(3) (opcional)	32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação (de Acidente (acide	-	cionada)
				32-CID10(4) (opcional)	33 - Indicação (de Acidente (acide	9	
34 - Tabela 35 - Código do	nciais Solicitados Procedimento	36 - 1	Descrição				9 37 - Qt	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095		36 - 1					9 37 - Qt	
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição				9 37 - Qt	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095		36 - 1	Descrição				9 37 - Qt	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição				9 37 - Qt	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição ATURA E/OU LUXACO		COLAMEN	TO EPIFISAR	9 37 - Qt	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição ATURA E/OU LUXACO	ES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 37 - Qt	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição ATURA E/OU LUXACO	ES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 37 - Qt	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código de 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição ATURA E/OU LUXACO	ES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAF	9 37 - Qt	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição ATURA E/OU LUXACO	DES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAF	9 37 - Qt	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição ATURA E/OU LUXACO	DES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 37 - Qt	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição ATURA E/OU LUXACO	DES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição ATURA E/OU LUXACO	DES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-		36 - 1	Descrição ATURA E/OU LUXACO	DES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-	Procedimento	36 - I FRA	Descrição ATURA E/OU LUXACO	DES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-	Procedimento	36 - I FRA	Descrição ATURA E/OU LUXACO viarias Autorizadas 41 - Tipo	DES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-	Procedimento	36 - I FRA	Descrição ATURA E/OU LUXACO	DES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-	Procedimento	36 - I FR/	Descrição ATURA E/OU LUXACO viarias Autorizadas 41 - Tipo	DES (INCLUINDO DES	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-	Procedimento	36 - I FR/	Descrição ATURA E/OU LUXACO Diarias Autorizadas 41 - Tipo 1	de acomodação autorizada	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-	Procedimento	36 - I FR/	Descrição ATURA E/OU LUXACO Diarias Autorizadas 1 41 - Tipo 12 Ome do Hospital / Local Autoriz	de acomodação autorizada	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-	Procedimento	36 - I FRA	Descrição ATURA E/OU LUXACO ilarias Autorizadas 1 41 - Tipo 12 ome do Hospital / Local Autoriz DRT E ORTOPEDIA ES	de acomodação autorizada	COLAMEN	TO EPIFISAR	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1
34 - Tabela 35 - Código do 1- 22 30720095 2-	Procedimento I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	36 - I FR/	Descrição ATURA E/OU LUXACO ilarias Autorizadas 1 41 - Tipo 12 ome do Hospital / Local Autoriz DRT E ORTOPEDIA ES	de acomodação autorizada	COLAMEN	TO EPIFISAF	9 RIO COT 1	tde. Solic. 38 - Qtde. Aut. 1



89954990

(Via 1º AUXILIAR)



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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 89954990 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 25/01/2023 16:39 89954990 26/03/2023 Dados do Beneficiário 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN 0050000001670789 02/07/2024 10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde 704805594104941 **ELAINE GAGLIARDI REIS** 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 28/01/2023 00:00 UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA 22 - Caráter de Atendimento 25 - Otde, diárias Solicitadas 27 - Previsão de uso de Quimioterápico 24 - Regime de internação 26 - Previsão de uso de OPME 23 - Tipo de Internação 2 S 2 1 1 Ν 28 - Indicação Clínica SEGUE PEDIDO MEDICO 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 12 |__|_|/|__|/|__| 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: 06827478904 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: MARIO MARTINS REIS 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 2-Nº 89954990 MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	89954990	4 - Senna	89954990	25/01/2023 16:39	6 - Numero da Guia atribuido pela Operadora 8995499
D. I. D. (1)		09334930		09954990	25/01/2023 10:39	0993493
Dados do Beneficiário 7 - Numero da Carteira		8 - Nome				
			NEIG			
0050000001670789		ELAINE GAGLIARDI R	(E15			
Dados do Profissional Solicitant			Transition of the second			
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11	- E-mail	
CARLOS EDUARDO M	ОТООКА					
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica SEGUE PEDIDO MEDICO SEGUE PEDIDO MEDICO						
OPME Solicitadas						
13 - Tabela 14 - Código do It	em 15 -	Descrição		16 - Opção 17 - C	Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizad
21 - Registro ANVISA do materi	al		22 - Referência do material no fa	bricante	2	23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 00 72243562	SIS	TEMA DE PLACAS E P	ARAFUSOS BLOQUEADOS VERSALOCK DE A	. 1	,	_ _ 1 _ _ _ ,
10247700102		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		I_	_ _ _ _ _
2- 00 72245123	SIS	TEMA DE MINI FRAGM	ENTOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGUL	. 8	,	_ _ 8 _ _ ,
10247700093		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		L	
3- 00 72375906	FAI	MILIA DE MICRO E MIN	I PARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14	- 2	,	_ _ 2 _ _ ,
10247700109		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T </u>		Ĺ	
4-				_		
	,,,,,,,			_		
5-			IIIIIII			_
	 	I		_		
6- 1 1 1 1 1 1		l	IIIIIII	 		_
	 	1		-		
24 - Especificação do material			IIIIIIII	III	<u> </u>	
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
1		6827478904 em 25/01/2023	/ Empresa / Titular: MARIO MARTINS REIS			
			,	1		
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	fissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização	
/ //	_					