



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

**89694417**

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>89694417</b>			
4 - Data da Autorização <b>28/12/2022 08:14</b>		5 - Senha <b>89694417</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>13/03/2023</b>	
Dados do Beneficiário					
7 - Numero da Carteira <b>1470000000162492</b>		8 - Validade da Carteira <b>31/12/2023</b>		9 - Atendimento de RN <b>N</b>	
10 - Nome <b>IVONE APARECIDA DAGUI DE OLIVEIRA</b>				11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>78.613.841/0001-61</b>		13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>			15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>28806</b>
			17 - UF <b>41</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>78.613.841/0001-61</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>31/12/2022 00:00</b>
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>2</b>	24 - Regime de internação <b>1</b>	25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica INDICAÇÃO CLÍNICA 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) <b>9</b>
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30731119</b>	<b>TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDÃO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30729181</b>	<b>HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
3- <b>22</b>	<b>30729203</b>	<b>OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT</b>		<b>2</b>	<b>2</b>
4- <b>18</b>	<b>60000384</b>	<b>DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>18</b>	<b>60000554</b>	<b>DIARIA DE APARTAMENTO SIMPLES</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dados da autorização					
39 - Data provável da Admissão hospitalar <input type="text"/>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>		41 - Tipo de acomodação autorizada <b>12</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>			44 - Código CNES <b>2550792</b>
45 - Observação Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84218860963 em 28/12/2022 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM REF 245097 7882 0596 70064547 SAO REMUNERADOS EM TAXA DE SALA. CASO MA NAO CONCORDE, JUSTIFICAR. / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPER ATIVA DE TRABALHO MEDICO					
46 - Data da Solicitação <input type="text"/>		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

89694417

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89694417</b>	4 - Senha <b>89694417</b>	5 - Data da Autorização <b>28/12/2022 08:14</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89694417</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>1470000000162492</b>	8 - Nome <b>IVONE APARECIDA DAGUI DE OLIVEIRA</b>
---	--

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM REF 245097 78820596 70064547 SAO REMUNERADOS EM TAXA DE SALA. CASO MA NAO CONCORDE, JUSTIFICAR.
---

## 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	75607298	PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES FR		2		2	
81118460005		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00947210	PARAFUSO COMPRESSAO SNAP 2,0X11MM P01.020.011		1		1	
10314800071		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material
--------------------------------

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84218860963 em 28/12/2022 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM REF 245097 7882 0596 70064547 SAO REMUNERADOS EM TAXA DE SALA. CASO MA NAO CONCORDE, JUSTIFICAR. / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPER ATIVA DE TRABALHO MEDICO
---

26 - Data da Solicitação  _ _ / _ _ / _ _ _ _	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---