

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

90504226

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da G	uia Atribuíd	do pela Opera	adora			9050	4226				
4 - Data da Autorização	5 - Ser	ıha		6 - Data de Vali	idade da S	Senha						
16/03/2023	09:19		90504226		27/	05/2023						
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira			llo v	alidade da Carteira			Atendimento	de DNI				
8650002158119013			11	alidade da Cartella 12/2023	1	9-	N	ue Kin				
50 - Nome Social												
10 - Nome VERA LUCIA JACOB TEIXEIRA												
Dados do Contratado S												
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		i i	- Nome do C	Contratado AO EVANGEL	ICA BE	NEFICE	NTE DE L	ONDRI	ΙΝΔ			
14 - Nome do Profissional	Solicitante			7.0 217022			elho Profissio		16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL MAURICIC	BELETATO				İ	06		İ	28806		41	225270
Dados do Hospital / Loc	al Solicitado / D	ados da I	nternação									
19 - Código na Operadora	/ CNPJ	11		tal / Local Solicitad		IOCN'TO	DELON	ייים מי		11		ara Internação
78.613.841/0001-61	7 Too 7: 1	J		EVANGELICA							2023 00:0	
22 - Caráter do Atendimento  1  28 - Indicação Clínica	23 - Tipo de	•	24 - Regir	me de Internação  1	25 - Q1	tde. Diárias 1	Solicitadas	26 - Pre	S	ME   27 - 1	Previsao de i	uso de Quimioterápico
29 - CID 10 Principal (opc		D 10(2) (op	ocional)	31 - CID 10(3) (op	cional)	32 - CID	10(4) (opcior	nal)	33 - Indicação de A	Acidente (a	cidente ou c	loença relacionada)
Procedimentos ou Itens 34 - Tabela 35 - Códio	o do Procedimer		6 - Descrição	)						37	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut.
1- 22 3073404 2- 22 3072920 3- 18 6000038 4- 18 6000055 5- 18 6002415 6-	5 3 4 4	0 0 D D	STEOCON STEOTON IARIA DE IARIA DE	NDROPLASTIA MIA OU PSEUD ACOMPANHA APARTAMEN	ARTRO NTE CO TO SIMI	SE DOS M REFEI PLES	METATAR CAO COM	SOS/F	D E OU PLASTI FALANGES - TR A RTROSCOPIA	A (E 1 RAT 2 1	_	1 2 1 1 1 
8-		l l l l								_  _  _	-    -  _  -  _  -	
Dados da autorização  39 - Data provável da Admissão hospitalar   40 - Qtde Diárias Autorizadas   41 - Tipo de Acomodação autorizada												
			1	12	2	Acomodaç	ao autorizad	a				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  44 - Código CNES 2550792												
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 16/03/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED CO OPERATIVA CENTRAL  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização												
46 - Data da Solicitação	47 -	Assinatura	a do Profissio	onal Solicitante	48 - Assii	natura do E	eneticiário o	u Kespo	nsavel   49 - Ass	sınatura do	Kesponsáv	ei pela Autorização



Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E

MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 343269	- Número da Guia Referen	ciada <b>90504226</b>	4 - Senha	90504226	5 - Data da Autorização 16/03/2023 09:19	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90504226			
Dados do Beneficiário		30304220		90304220	10/03/2023 03.13	30304220			
7 - Número da Carteira 8650002158119013		29 - Nome Social							
8 - Nome VERA LUCIA JACOB TE	IXEIRA								
Dados do Profissional Solicita	inte								
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone	11 - E-mail					
RAFAEL MAURICIO BEI	ETATO								
Dados da cirurgia									
12 - Justificativa técnica ARTRODESE METATARSO ARTRODESE METATARSO AUTORIZADO CONFORME	UNIMED DE ORIGEM								
OPME Solicitadas									
13 - Tabela 14 - Código do Ma 21 - Registro ANVISA do Materi		Descrição 22 - Referência do mate	rial no fahricanta		le. Solicitada 18 - Valor Unitário Solido de Funcionamento	citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado			
1- 00 70437653 10314800053		RAFUSOS NAO ABSORVI	IVEIS, CANULADOS, PARA PEQUENOS E G CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1		_  1			
2-		_ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   03/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: CENTRAL NACIONA					
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pre	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	lo Responsável pela Autorização				