

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92717479

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269											
4 - Data da Autorização		5 - Senha 6 - Data de			alidade da Senha						
02/10/2023 11:4		11		Data de Vallo	09/12/2023						
Dados do Beneficiário											
7 - Número da Carteira			8 - Va	llidade da Carteira	9	- Atendimento	de RN				
9942097257493009	,					N		<u></u>			
50 - Nome Social											
10 - Nome JULIANO MELHOR	RINI MIG	SUEL									
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA											
14 - Nome do Profission					†1			16 - Número do Conselho 32301		17 - UF 18 - Código CBO 41 225270	
Dados do Hospital / Lo			da Internação					12301][41	223210
19 - Código na Operado			,	al / Local Solicitado	0				21 - Data	a sugerida p	ara Internação
78.613.841/0001-6	1	AS	SOCIACAO E	EVANGELICA	BENEFICENT	E DE LOND	RINA		14/10/2	2023 00:0	0
22 - Caráter do Atendimen	nto 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Diária	s Solicitadas	26 - Previ	são de uso de OPN	1E 27 - F	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					1						
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2) (opcional) 31 - CID 10(3) (opcional) 32 - CID 10(4) (opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)											
23 Olb To Filliopal (of	olonal	30 - 010 10(2) (opcional)	71 - OID 10(3) (OPC	32 011	7 10(4) (000101		- maicação de Ac	,	9	ociiça relacionada)
Procedimentos ou Iter										0.1.0.1	
1- 22 307360 2- 18 600008)56 305	ocedimento	RECONSTR DIARIA DE	UCAO, RETEN QUARTO COL	ETIVO DE 2 LE	ITOS COM	BANHEI	IRO PRIVATIVO	-P 1	- Qtde. Soli	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1
3- 18 60024* 4-		_ _		AXA DE APAR					AR 1 _ _	_ _	1 _ _
7-	 _ _ _ _	_ _ _							_ _ _	- - -	
10- 11- 12- 12-	 _ _ _	- - -							- - -	- - -	 _ _
Dados da autorização											
39 - Data provável da Ad	dmissão h	ospitalar 40 ·	· Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomoda	ação 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 02/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED SEGURADORA S/A											
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário o	u Respons	sável 49 - Assir	natura do	Responsáv	el pela Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referen	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	do pela Operadora	
343269		92717479		92717479	02/10/2023 11:46		92717479
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
9942097257493009							
8 - Nome							
JULIANO MELHORINI	MIGUEL						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
BRUNO BOSIO DA SIL	_VA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESAO DO TRICEPS LESAO DO TRICEPS							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mat 1- 74764977		22 - Referência do mater	PIA VOLMED - 6,5 MM X 70 MM	23 - Nº Autorização	de Funcionamento	1 1	
81130100009	CAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	I—I ·	-	_ 1	_ ,
2- 00250767	ANO		ER USP 02 COM APLICADOR DESCART			_ 2	,
10417940137		•	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_1 _	1
3- 71502661	ANO	CORAS FLEXIVEIS JUGGI	ERKNOTTM - 912068 ANCORA FLEXIVE	LJ <u> </u> 3		_ 3	,
80044680086		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
4- 00 00590045	LAN	MINA PARA SHAVER SET	ORMED - 001030306	2	,	_ 2	,
80777280006		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	\	_ _ _		
5-					_	_	_ _ _ ,
6-		IIIIII				 -	,
						-ı ııı -	IIII'II
24 - Especificação do Materia	l						
25 - Observação / Justificativa					<u> </u>		
Telefone Contratado: (43)	3378-1000 / Emitido em 02/	10/2023 / Empresa / Titular: I	UNIMED SEGURADORA S/A				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pro	ofissional Solicitante		28 - Assinatura d	o Responsável pela Autorização		
•	11						