



GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **94816492**
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 94816492
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 18/04/2024 09:51	5 - Senha 94816492	6 - Data de Validade da Senha 22/06/2024
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000015793829	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN N
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social

10 - Nome DANIEL JOAQUIM

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
---	---

14 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número do Conselho 28806	17 - UF 41	18 - Código CBO 225270
--	---	---	----------------------	----------------------------------

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data sugerida para Internação 30/04/2024 00:00
--	--	---

22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de Quimioterápico N
---	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--	--

28 - Indicação Clínica FRATURA STEN

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) 9
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- 18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	1	1
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo de Acomodação autorizada 1
---	---	--

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 18/04/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30 734061 FRATURAS - REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORNOZELO - sugerido adequacao para 3.07.28.12-6 solicitado na guia 94941491 como complemento. M A ciente / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Referenciada 94816492		4 - Senha 94816492		5 - Data da Autorização 18/04/2024 09:51		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94816492							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira 9750000015793829				29 - Nome Social											
8 - Nome DANIEL JOAQUIM															
Dados do Profissional Solicitante															
9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO				10 - Telefone			11 - E-mail								
Dados da cirurgia															
12 - Justificativa técnica FRATURA STEN FRATURA STEN AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30734061 FRATURAS - REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORNOZELO - sugerido adequacao para 3.07.28.12-6 solicitado na guia 94941491 como complemento. M A ciente															
OPME Solicitadas															
13 - Tabela		14 - Código do Material		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		00499218		CANULA MICRODEBRIDACAO AMC F 2,4X4,5MM 891630000		<input type="checkbox"/>		1		<input type="checkbox"/>		1		<input type="checkbox"/>	
80356130052				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
2- 70437653				PARAFUSOS NAO ABSORVIVEIS, CANULADOS, PARA PEQUENOS E G		<input type="checkbox"/>		2		<input type="checkbox"/>		2		<input type="checkbox"/>	
10314800053				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
3- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
24 - Especificação do Material															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 18/04/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30734061 FRATURAS - REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE TORNOZELO - sugerido adequacao para 3.07.28.12-6 solicitado na guia 94941491 como complemento. M A ciente / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização									