

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

91419334

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da G	uia Atribuíd	lo pela Opera	adora			9141	9334				
4 - Data da Autorização 02/06/2023	5 - Ser		91419334	6 - Data de Valid								
02/06/2023 11:59         91419334         02/09/2023           Dados do Beneficiário         02/09/2023												
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN												
8650001981525002 31/08/2022 50 - Nome Social							N					
SO TOMO SOCIAL												
10 - Nome MARCOS GOMES PEREIRA												
Dados do Contratado Solicitante												
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61 13 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA												
14 - Nome do Profissiona						15 - Conse	elho Profissio	onal	16 - Número do C	onselho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL MAURICIO						06			28806		41	225270
Dados do Hospital / Loc 19 - Código na Operadora			•	tal / Local Solicitad	0					21 - Data	sugerida r	para Internação
78.613.841/0001-61		11		EVANGELICA		ICENTE	DE LONE	PRINA		l <b>1</b>	2023 00:0	- 1
22 - Caráter do Atendiment	ii '	Internação	24 - Regin	me de Internação <b>1</b>	25 - Qto	de. Diárias <b>1</b>	Solicitadas	26 - Pre	evisão de uso de OP	ME 27 - F	revisão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica OSTEOTOMIA												
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)												
Procedimentos ou Itens	Assistanciais	Policitodos							9			
1- 22 307292( 2- 22 307292( 3- 18 600008( 4-   _   _   _   _   _   5-   _   _       _   _   6-   _                   8-   _                   9-                     11-                     12-	16	O R	ESSECCA	MIA OU PSEUD AO DE OSSO D	O PE - T ETIVO D	RATAMI DE 2 LEI	ENTO CIR	URGIC	EIRO PRIVATIV	AT 1	- Qtde. Soli	ic. 38 - Qtde. Aut.  1 1 1
Dados da autorização	niceão hocnitalar	1 40 - Otd	e Diárias Au	torizadas 11	- Tipo do	Acomodac	ão autorizad	<u></u>				
39 - Data provável da Adr	mosau nuspitaiai	11 40 - Qia	e Diarias Au <b>1</b>	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	- τιρυ αθ /	ncomouaç	ão autorizad	u				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 78.613.841/0001-61  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado ASSOCIAÇÃO EVANGELIÇÃ BENEFICENTE DE LONDRINA								44 - Código CNES <b>2550792</b>				
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 02/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL												
46 - Data da Solicitação	47 ·	- พรรแเซเนเล	uu riuiissi0	niai sulicitante	→o - ASSIN	atura do B	enencialio 0	u nespo	113avei    49 - ASS	matura 00	veshouza <sub>A</sub>	ei peia Autorização



Unimed A

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referencia	ada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora				
343269		91419334		91419334	02/06/2023 11:59		91419334			
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira	2	29 - Nome Social								
8650001981525002										
8 - Nome										
MARCOS GOMES PER	EIRA									
Dados do Profissional Solic	tante									
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	11	I - E-mail					
RAFAEL MAURICIO BE	LETATO									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica OSTEOTOMIA OSTEOTOMIA AUTORIZADO CONFORMI	E UNIMED DE ORIGEM									
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		escrição				citado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Va	lor Unitário Autorizado			
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento					
1- 00 70064547 80005430110	BROC		YKER - 1608002101-BROCA LATERAL SHAN CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_  1	_ _ _ ,	_  1   _	_ _ , _			
2- 00 00611204	RPOC			-		_  1				
•			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			_	_ _ ,			
3-		7				_				
	_,,_,_,_, _ _ _ _ _				_,	_, ,,_, ,, _ _				
4-   _					_		_ _ ,			
	_ _ _				_ _ _ _	_ _				
5-	_		<del></del>		_		_ _ ,			
	_ _ _			.  _ _ _ _	_ _ _ _	_				
6-					_	_	_ _ , _			
24 - Especificação do Material					_	_ <b> </b>				
24 - Especificação do inaterial										
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 02/06/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL										
TOURS OF THE STATE										
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profis	ssional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização					