

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93164070

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia A	Atribuído pela Opera	adora							
343269	rumoro da Odia 7	unbuluo pola opola	idora		93164	070				
4 - Data da Autorização	5 - Senha		6 - Data de Valid							
13/11/2023 16	:00	93164070		12/01/2024						
Dados do Beneficiário										
7 - Número da Carteira 0050000041556200		t t	lidade da Carteira 1/2025	9.	Atendimento d	de RN				
50 - Nome Social		0771	1/2023							
30 - Nome Social										
10 - Nome	10 - Nome									
BRUNO HIDEO FRANC	CISQUINI									
Dados do Contratado Solic	itante									
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61		13 - Nome do C		CA DENEFICE	NTE DE LO	NDDINA				
14 - Nome do Profissional So	ligitanta	ASSOCIACA	AO EVANGELI	CA BENEFICE			mara da Cana	albo 17	- UF	18 - Código CBO
JOSE EVERALDO PEI		0		11	15 - Conselho Profissional 16 - Número do Co			41	- 11	225270
Dados do Hospital / Local S										
19 - Código na Operadora / C		0 - Nome do Hospita	al / Local Solicitado	)			2	1 - Data suge	erida pa	ıra Internação
78.613.841/0001-61	Δ	ASSOCIACAO E	EVANGELICA	BENEFICENTE	DE LONDE	RINA	1	5/11/2023	00:00	)
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interi	nação 24 - Regim	ne de Internação	25 - Qtde. Diárias	Solicitadas 2	26 - Previsão de	uso de OPME	27 - Previs	ão de u	so de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica	С		1	1		S				N
					40(1)	N 100 L F	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~			
29 - CID 10 Principal (opcional <b>\$820</b>	S820	(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	ional)   32 - CID	10(4) (opciona	il)    33 - India	cação de Acid	ente (acident	te ou do	pença relacionada)
Procedimentos ou Itens As	sistenciais Solici	itados								
1- 22 30731224 2- 22 30729270 3- 18 60000805 4-		ROTURA DO	QUARTO COL	E TENDAO AQUILES - TRA ETIVO DE 2 LE	ITOS COM E	BANHEIRO P		1 1 1		1 1 1 
11-	_							_    _	_  _	_    _
Dados da autorização										
39 - Data provável da Admiss	aão hospitalar 4	0 - Qtde Diárias Aut <b>1</b>	torizadas 41 ·	- Tipo de Acomoda	ção autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  78.613.841/0001-61  43 - Nome do Hospital / Local Autorizado  ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA  44 - Código CNE  2550792							44 - Código CNES <b>2550792</b>			
45 - Observação / Justificativ. Telefone Contratado: (43): 46 - Data da Solicitação	3378-1000 / Emit	tido em 13/11/2023		ular: SERILON BI			49 - Assina	tura do Resp	onsáve	l pela Autorização



## 2 - Nº Guia no Prestador

## Unimed A

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

· · ·	3 - Número da Guia Referenciada 4 - 3		4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora		
343269		93164070		93164070	13/11/2023 16:00		93164070
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000041556200							
8 - Nome							
BRUNO HIDEO FRANC	ISQUINI						
Dados do Profissional Solici	tante						
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	1	1 - E-mail		
JOSE EVERALDO PED	ROLLO FILHO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica RUPTURA DE AQUILES EI RUPTURA DE AQUILES EI	M TRANSIÇÃO MIOTEND M TRANSIÇÃO MIOTEND	INE INE					
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- <b>00</b> 78891353 80083650084	SU		HADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX, CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_   ,	_  1	_,
2-		AKTIKOM COMEK	CIO DE IMPEANTESONTOPEDICOSETDA			_	,
-   _    _ _ _ _							1-1-1-171-1-1
3-   _					_	_	,
						_ _	
4-   _	_ _ _				_		_ _ , _
	_ _ _				_ _ _ _	_ _	
	_					_	,
	_ <del> _ _ _ </del>	1-1-1-1-1-1-1-					,
	 _					_,, _ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa		/11/2022 / Empress / Tituler:	SERILON BRASIL LTDA LOJA				
releione Contratado: (43)3	57 6-1000 / ⊑milido em 13/	i i/2023 / Empresa / Titular:	SEINLOIN BRASIL LI DA LOJA				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		