

Ayrton Senna Da Silva Londrina - PR CEP 86050-460 Fone: (43)3375-6161 www.unimedlondrina.com.br

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

 $^2$  -  $N^0$  de guia no prestador 000093534834

Pág.: 1 de 1

1	3 - N° da guia Atribuído pe <b>000093534834</b> 5 - Senha	la Operadora	6 - Data de validade			
21/12/2023  Dados do Beneficiário / Pa	000093534834		16/02/20	24		
7 - Número da Carteira 0050000031571240 - Titular		8 - Validade da cart <b>05/2025</b>	I I	ı RN		
10 - Nome completo MATHEUS SANCHES MALDONADO					imero do Cartão Nacional de Saú <b>505300913692</b>	de
Dados do Contratado Solicitante						
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 78.613.841/0001-61  13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA						
14 - Nome do Profissional So RAFAEL LEITE DE			15 - Conselho F <b>06</b>		- Número no Conselho 23538 17 - Ul	18 - Código CBO S <b>225270</b>
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF   78.613.841/0001-61   Nome do Hospital/Local Solicitado   ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA   21 - Data Sugerida para Ir						Sugerida para Internaçã
22 - Caráter da Internação   <b>1</b>	23 - Tipo de Internação   <b>2</b>	24 - Regime de Internac	ção 25 - Qtde. Diárias Solicitada <b>[002]</b>	26 - Previsão de		uso de Quimioterápico
28 - Indicação clínica LESÃO DE LABRUM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL						
Hipótse Diagnóstica				22 Indicação do Aci	dente (acidente ou doença relaci	onoda)
29 - CID 10 Principal (opcior M199	nal) 30 - CID 10 (2) (opciona	al) 31 - CID 10 (3) (opciona	al) 32 - CID 10 (4) (opcional)	<b>  19</b>	dente (acidente od doença relaci	onada)
Procedimentos Solicitados				191		
34 - Tabela 35 - Código do 36 - Descrição 37 - Otde. Solict. 38 - Otde. Aut. Procedimento ou Item						
22 30738040 TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO-ACETABULAR - PROCEDIMENTO 1 1 1 2 2 30738059 CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL - PROCEDIMENTO 1 1 1						
18 60000805 18 60024151	DO00805 DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO 2 2					
	- _ _ _  - _ _ _					_ _ _
- -   - - - -	- - - - -					- - -
- -   - - -	- - - -					_ _ _
Dados da Autorização  39 - Data Provável de Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diárias Autorizadas  41 - Tipo da acomodação autorizada						
		002	1  ENFERMARIA			
						44 - Código CNES <b>2550792</b>
	ntratado: (43)3378-1000		TE INCISE PELICULA ADESIV	A INCISIONAL 4989	- AUTORIZADO PARA	
PAGAMENTO EM CONTA	A HOSPITALAR. / BOMBA	DE INFUSÃO - ITEM INC	CLUSO NA TAXA DE SALA.			
Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA						
46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do profissional solicitante			48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			