

Ayrton Senna Da Silva Londrina - PR CEP 86050-460

Fone: (43)3375-6161 www.unimedlondrina.com.br

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador 000094332661

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 343269	3 - N° da guia Atribuído pel 000094332661	a Operadora						
4 - Data da Autorização 11/03/2024 5 - Senha 000094332661			6 - Data	de validade da Senha 06/05/2024				
Dados do Beneficiário / Pa 7 - Número da Carteira 1160000004345120	8 - Validade da carte 03/2023	eira 9 - Ate	ndimento a RN N					
10 - Nome completo VALMIR DE OLIVE	EIRA CARVALHO				11 - Número do Cartã	o Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante								
12 - Código na Operadora / 78.613.841/0001-61		13 - Nome do Contr ASSOCIACA		A BENEFICENTE D	E LONDRINA			
14 - Nome do Profissional S WALTER TAKI		15 - Conselho Profissional 16 - Número no Co			ionselho 17 - UF 41	18 - Código CBO S 225125		
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação								
19 - Código na Operadora / 78.613.841/0001-61	I I	Nome do Hospital/Local Sol	do Hospital/Local Solicitado SOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA				21 - Data Sugerida para Internaçã 29/03/2024 07:00:00	
22 - Caráter da Internação 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internac	ção 25 - Qtde. Diária 001		isão de uso de OPME	27 - Previsão de us	o de Quimioterápico 	
	nal 30 - CID 10 (2) (opciona) 31 - CID 10 (3) (opciona	al) 32 - CID 10 (4)	(opcional) 33 - Indicação	o de Acidente (acidente	e ou doença relaciona	nda)	
M199								
Procedimentos Solicitados 34 - Tabela 35 - Código o ou Item Assis	lo Procedimento 36 - Descriç	áo				37 - Qtde. Solict.	38 - Qtde. Aut.	
22 3072514: 18 60000384 18 6000080! - - - - - - - - - - - - - - - - - -	4 DIARIA I	JELITE DE FEMUR - TI DE ACOMPANHANTE (DE QUARTO COLETIV	COM REFEICAO (COMPLETA	VATIVO			
Dados da Autorização								
39 - Data Provável de Admi 29/03/2024 07			1 - Tipo da acomodaç 1 ENFERMAR					
							44 - Código CNES 2550792	
	iva 40307830952 Telefone Cor CO NÃO COOPERADO SERA				TE PARA DESPESAS	HOSPITALARES E	ANESTESISTA //	
Empresa / Titular: UNI	MED COSTA OESTE							
46 - Data da Solicitação//	47 - Assinatura do profission	al solicitante	48 - Assinatura do E	eneficiário ou Responsáve	I 49 - Assinat	tura do Responsável p	pela Autorização	