



GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **95231358**  
(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>95231358</b>
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização <b>23/05/2024 11:59</b>	5 - Senha <b>95231358</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>03/08/2024</b>
--	------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>8650003078789002</b>	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
---	--------------------------	-----------------------------------

50 - Nome Social
------------------

10 - Nome <b>ROGERIO MORAIS DOS SANTOS</b>
---

Dados do Contratado Solicitante

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

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

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <b>78.613.841/0001-61</b>	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	21 - Data sugerida para Internação <b>06/06/2024 00:00</b>
--	--	---

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

28 - Indicação Clínica <b>HALLUX VALGUS</b>
--

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) <b>9</b>
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <b>22</b>	<b>30729181</b>	<b>HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
2- <b>22</b>	<b>30729203</b>	<b>OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRAT</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
3- <b>22</b>	<b>30731127</b>	<b>TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
5- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
6- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
7- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
8- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
9- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
10- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
11- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>
12- <b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>	<b>  </b>

Dados da autorização

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

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	44 - Código CNES <b>2550792</b>
---	--	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 23/05/2024 /PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Exceto pelo material nao autorizado: 01 FRESA CIRURGICA PERCUTANEA, 01 BROCA SHANNON PERCUTANEA, por ser material destinado a realizacao de procedimentos Minimamente invasivo. / Empre sa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL
---

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

1 - Registro ANS <b>343269</b>		3 - Número da Guia Referenciada <b>95231358</b>		4 - Senha <b>95231358</b>		5 - Data da Autorização <b>23/05/2024 11:59</b>		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>95231358</b>																																							
Dados do Beneficiário																																															
7 - Número da Carteira <b>8650003078789002</b>				29 - Nome Social																																											
8 - Nome <b>ROGERIO MORAIS DOS SANTOS</b>																																															
Dados do Profissional Solicitante																																															
9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>				10 - Telefone			11 - E-mail																																								
Dados da cirurgia																																															
12 - Justificativa técnica HALLUX VALGUS HALLUX VALGUS PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Exceto pelo material nao autorizado: 01 FRESA CIRURGICA PERCUTANEA, 01 BROCA SHANNON PERCUTANEA, por ser material destinado a realizacao de procedimentos Minimamente invasivo.																																															
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- <b>75607522</b>				<b>PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F</b>		<b>2</b>						<b>2</b>																																			
<b>81118460005</b>				<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>																																											
2- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
3- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
4- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
5- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
6- <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																															
24 - Especificação do Material																																															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 23/05/2024 / PARCIALMENTE AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. Exceto pelo material nao autorizado: 01 FRESA CIRURGICA PERCUTANEA, 01 BROCA SHANNON PERCUTANEA, por ser material destinado a realizacao de procedimentos Minimamente invasivo. / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL																																															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização																																									