

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

94941491

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Núme	- Número da Guia Atribuído pela Operadora 94941491							491					
4 - Data da Autorização 29/04/2024	11	5 - Senha 6 - Data de Validade da					Senha 06/2024							
Dados do Beneficiário														
7 - Número da Carteira				8 - Val	idade da Cartei	ira	9 - 4	Atendimento d	de RN					
9750000015793829				N										
50 - Nome Social														
10 - Nome														
DANIEL JOAQUIM  Dados do Contratado Solicitante														
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado														
78.613.841/0001-61			ASS	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA										
14 - Nome do Profissiona	l Solicitant	te				- 11		lho Profission	nal	16 - Nún	nero do Co	nselho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL MAURICIO	BELE	ГАТО					06		28806				41	225270
Dados do Hospital / Lo	cal Solicit	ado / Dados	s da Inter	nação										
19 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	a / CNPJ	- 11			I / Local Solicita		ICENTE	DE LONDI	RINA				sugerida p 024 00:0	ara Internação
22 - Caráter do Atendiment	0 23 -	Tipo de Interr											Previsão de uso de Quimioterápico	
1		C C		1			0			Tevisue de dise de el ME			Torrodo do dos do daminotorapido	
29 - CID 10 Principal (opc	cional)	30 - CID 10	(2) (opcior	nal) 3	1 - CID 10(3) (o	pcional)	32 - CID 1	10(4) (opciona	al)	33 - Indic	ação de A		idente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Itens	Assister	nciais Solicit	ados											
34 - Tabela   35 - Códi   1- 22   307281:   2-	go do Prod	cedimento	36 - D		E/OU LUXA								- Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut.  1
Dados da autorização  39 - Data provável da Ado	missão ho	spitalar 40	) - Otde D	iárias Auto	orizadas 4	11 - Tipo de	Acomodacá	ão autorizada	_					
55 Bala provaver da Au		-pitalai   40	. «iuc D	0	Jiizauas 1		. ioomouaçe	uulunzaud						
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado   43 - Nome do Hospital / Local Autorizado   44 - Código CNES   2550792   45 - Código na Operadora / CNPJ autorizado   45 - Nome do Hospital / Local Autorizado   45 - Código CNES   2550792														
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 29/04/2024 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA  46 - Data da Solicitação  47 - Assinatura do Profissional Solicitante  48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  49 - Assinatura do Responsável pela Autorização														







## GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS	3 - Número da	a Guia de Solici	itação de Internação	0.404.0.400	4 - Data da Autorização							
343269				94816492		2024 14:17						
5 - Senha				11	Guia Atribuido pela O	peradora						
			9494149	91					94941491			
Dados do Beneficiário	1											
7 - Número da Carteira			31 - Nome Social									
9750000015793829	9											
8 - Nome												
DANIEL JOAQUIM	l											
Dados do Contratado	Solicitante											
9 - Código na Operadora	a		10 - Nome do Contratado									
78.613.841/0001-6 <sup>-</sup>	1	İ	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA									
11 - Nome do Profission	al Solicitante			12 - Conse	elho Profissional	13 - Número do	Conselho	14 - UF	15 - Código CBO			
RAFAEL MAURICI		го		t i	06 28806			1 11	225270			
Dados da Internação												
16 - Qtde. diárias Adicio	nais Solicitadas	17 -Tino	da Acomodação Solicitada									
0	naio Comonada		1									
18 - Indicação Clínica			•									
FRATURA STEN												
•												
Procedimentos ou Iter	ns Assistenciai	is Adicionais S	Solicitados									
	digo do Procedir		- Descrição					- Qtde. Solic				
1- 22 307281	126	FF.	RATURAS E/OU LUXAC	OES AO NIVEL D	O TORNOZELO	- TRATAMEN	ITO CI 1		1			
2-   _		_ _  _						.				
3-								.  _	_			
4-   _	_							.  _	_			
5-   _		_						.  _				
6-   _								.  _	III			
7-   _								.  _	_ _ _			
8-								.  _				
Dados da autorização												
24 - Qtde. Diárias Adicio	nais Autorizada	as 25 - Tipo	da Acomodação Autorizada	1								
0		1										
26 - Justificativa da oper	radora											
27 - Observação / Justifi												
		0 / Emitido em	n 29/04/2024 / Empresa / Ti	tular: UNIMED DO	ESTADO DO PARA	ANA						
28 - Data da Solicitação		29 - Assinatura	do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do R	esponsável pela Auto	orização						