

Ayrton Senna Da Silva Londrina - PR CEP 86050-460

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO Fone: (43)3375-6161 www.unimedlondrina.com.br

2 - Nº de guia no prestador 00090228710

Pág.: 1 de 1

27/02/2023	3 - N° da guia Atribuído p 000090228710 5 - Senha 000090228710	ela Operadora	6 - Data de validade da 18/04/2023			
Dados do Beneficiário / Pa 7 - Número da Carteira 0050000005927741		8 - Validade da carteira 12/2023	9 - Atendimento a RN			
10 - Nome completo DOUGLAS BAVIA	GONCALVES			11 - Número do 70430957	o Cartão Nacional de Saúde 5616892	
Dados do Contratado Solio 12 - Código na Operadora / 018.912.659-03		13 - Nome do Contrata WALTER TAKI				
14 - Nome do Profissional S WALTER TAKI	olicitante		15 - Conselho Profi 06	16 - Númei 18000	ro no Conselho 17 - UF 41	18 - Código CBO S 225125
Dados do Contratado Solid 9 - Código na Operadora / 78.613.841/0001-61		Nome do Hospital/Local Solicit	ado NGELICA BENEFICENTE	DE LONDRINA	21 - Data Suç	gerida para Internação
22 - Caráter da Internação 1 	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de	OPME 27 - Previsão de us	so de Quimioterápico
Hipótse Diagnóstica 9 - CID 10 Principal (opcio Procedimentos Solicitados 34 - Tabela 35 - Código c ou Item Assis 22 3072515 22 30713072	lo Procedimento 36 - Descritencial PSEUD.		32 - CID 10 (4) (opcional) 33 COMIAS - TRATAMENTO C	[9]	acidente ou doença relaciona 37 - Qtde. Solict. 1 1	ada) 38 - Qtde. Aut. 1 1
18 60000809	5 DIARIA	A DE QUARTO COLETIVO	DE 2 LEITOS COM BANHE	IRO PRIVATIVO		2
Dados da Autorização 39 - Data Provável de Admi	ssão Hospitalar 40 - Qt	de. Diárias Autorizadas 41 -	Tipo da acomodação autorizada			
12 - Código na Operadora / 78.613.841/0001-6 1	CNPJ / CPF	002 1 43 - Nome do Prestado	ENFERMARIA	ENTE DE LONDRI	NA	44 - Código CNES 2550792
	ntratado: (43)3378-100	0 / Emitido Por: DANTAS_CR SERA POR CONTA DO CLIEN	ISTIANE / ***********************************	IA VÁLIDA SOMENTE P	ARA DESPESAS HOSPITA	ALARES E ANESTES
		REPRESENTACOES DE PRODU				
46 - Data da Solicitação //	47 - Assinatura do profissi	onal solicitante 4	8 - Assinatura do Beneficiário ou l	Responsável 49 -	Assinatura do Responsável _I	pela Autorização