



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 **000093606278**

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 343269	3 - Nº da guia Atribuído pela Operadora 000093606278
-----------------------------------	--

4 - Data da Autorização 02/01/2024	5 - Senha 000093606278	6 - Data de validade da Senha 26/02/2024
--	----------------------------------	--

Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira 0050000001936622 - Titular	8 - Validade da carteira 03/2025	9 - Atendimento a RN N
---	--	----------------------------------

10 - Nome completo ADEMAR APARECIDO SALGUEIRO ALCADE	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 700006283901802
--	---

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 Solicitante WALTER TAKI	15 - Conselho Profissional 06	16 - Número no Conselho 18000	17 - UF 41	18 - Código CBO S 225125
---	---	---	----------------------	------------------------------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 78.613.841/0001-61	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	21 - Data Sugerida para Internação
--	--	------------------------------------

22 - Caráter da Internação [1]	23 - Tipo de Internação [2]	24 - Regime de Internação [1]	25 - Qtde. Diárias Solicitadas [003]	26 - Previsão de uso de OPME [S]	27 - Previsão de uso de Quimioterápico []
--	---------------------------------------	---	--	--	--

28 - Indicação clínica
INDICAÇÃO DESCRITA NO PEDIDO MÉDICO

Hipótese Diagnóstica

29 - CID 10 Principal (opcional) M199	30 - CID 10 (2) (opcional)	31 - CID 10 (3) (opcional)	32 - CID 10 (4) (opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
22	30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) -	1	1
18	60000384	DIARIA DE ACOMPANHANTE COM REFEICAO COMPLETA	3	3
18	60000805	DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	3	3
[]	[]		[]	[]
[]	[]		[]	[]
[]	[]		[]	[]
[]	[]		[]	[]
[]	[]		[]	[]
[]	[]		[]	[]
[]	[]		[]	[]
[]	[]		[]	[]
[]	[]		[]	[]

Dados da Autorização

39 - Data Provável de Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas [003]	41 - Tipo da acomodação autorizada [1] ENFERMARIA
---	--	---

42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 78.613.841/0001-61	43 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	44 - Código CNES 2550792
--	---	------------------------------------

45 - Observação / Justificativa

Protocolo: Telefone Contratado: (43)3378-1000 / *****GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE .*****AUT (2X) 00613282 - OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989 - PAGAMENTO EM CONTA HOSPITALAR.
Empresa / Titular: ADEMAR APARECIDO SALGUEIRO ALCADE

46 - Data da Solicitação __ / __ / __	47 - Assinatura do profissional solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	--	---