

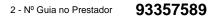
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93357589

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	3 - Núme	ero da Guia Atri	buído pela Opera	dora						
343269						933575	89			
4 - Data da Autorização 01/12/2023	3 07:25	5 - Senha	93357589	6 - Data de Vali	dade da Senha 30/01/2024					
Dados do Beneficiário						_				
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira	9	- Atendimento de	RN			
0050000031686373	3		03/07	7/2025		N				
50 - Nome Social										
10 - Nome										
DANIELLA SILVA	SPIRAN	IDIO								
Dados do Contratado		е								
12 - Código na Operado 78.613.841/0001-6			13 - Nome do C		ICA BENEFICE	NTE DE LON	IDRINA			
14 - Nome do Profission		nte	AGGGGIAGE	TO EVANGEE		selho Profissiona		do Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
RAFAEL MAURICI	O BELE	TATO			06		28806		41	225270
Dados do Hospital / Lo			da Internação							
19 - Código na Operado		11		al / Local Solicitad	BENEFICENT	- DE LONDO	INIA	11		ara Internação
78.613.841/0001-61		Tipo de Interna		e de Internação	25 - Qtde. Diária		ina 6 - Previsão de uso d		2023 00:0	uso de Quimioterápico
22 - Carater do Atendimer	110 23 -	C C	;ao 24 - Regim	e de internação 1	25 - Qide. Diana	S Solicitadas 26	S - Previsão de uso d	IE OPINE 27 -	Previsao de	N
28 - Indicação Clínica					<u> </u>					
29 - CID 10 Principal (op	cional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	1 - CID 10(3) (opo	cional) 32 - CIE	10(4) (opcional)	33 - Indicação	de Acidente (a	cidente ou d	doença relacionada)
Procedimentos ou Iten	ıs Assiste	enciais Solicita	dos							
		ocedimento	36 - Descrição	UOAO DETEN	IOIONIA MENTO	OU BEFORE	O DE LIGAMEN		' - Qtde. Sol	
1- 22 307340 2- 18 600008							O DE LIGAMEN ANHEIRO PRIV <i>I</i>			2 1
3- 18 60024 1							A ARTROSCOF			1
4- _								L	_ _	_
5- _	_ _ _							<u> </u> _	_	
6- _	_	.						-	_	
⁷⁻	 	. 						- 	_lll ll	
9-	 _	 							_ _	 _
10- _		.						L	_ _	_
11-	_ _ _							<u> </u> _	_	_ _ _
12-	_	.							_	_
Dados da autorização			0.1. 0.7.		The state of	~~	1			
39 - Data provável da Ad	amissão h	ospitalar 40 -	Qtde Diárias Aut	orizadas 41 1	- Tipo de Acomoda	çao autorizada				
42 - Código na Operado		autorizado	1	ospital / Local Aut		NITE DE LON	IDDINA			44 - Código CNES
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792 45 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 01/12/2023 / Empresa / Titular: SINDICATO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE ALVORADA DO SUL										
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	tura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura do	Beneficiário ou R	esponsável 49	- Assinatura do	Responsáv	el pela Autorização



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Unimed #

· · ·	3 - Número da Guia Referer		4 - Senha			5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
343269		93357589		93	357589	01/12/2023 07:25		93357589		
Dados do Beneficiário		II								
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social								
0050000031686373										
8 - Nome DANIELLA SILVA SPIR	ANDIO									
Dados do Profissional Solic	ante									
9 - Nome do profissional solici	ante		10 - Telefone	10 - Telefone			11 - E-mail			
RAFAEL MAURICIO BE	LETATO									
Dados da cirurgia										
12 - Justificativa técnica LESAO LIGAMENTAR LESAO LIGAMENTAR										
OPME Solicitadas										
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autoriz	ada 20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater		23 - Nº Aı	utorização	de Funcionamento				
1- 00 00499293 80356130052	CA		O OB F 2,9X5,5MM 892350000 NO DE IMPLANTESORTOPEDIO		1	_ ,	_ 1	,		
2- 101445270	ШΤ		ANCHOR - 315-35-01-00 HTA 3,		_lll _2		_ 2	_ _ ,		
10247700152	1117		CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO	•—•	111		_1 _2	IIIII		
3- 76221229	AN		ERSOR - GMREIS - 320-35085-		_ _ 2		_ 2	_ _ _ ,		
10247700123			CIO DE IMPLANTESORTOPEDIO		_ _			1111/111		
4-					III	_	_	,		
	_ _ _				_ _	_ _ _ _	_ _			
5- _					_	_ _ _ , _	_	,		
			- -		_					
6- _	-				-	_	_ _	_ _ , _		
			- -		_ _					
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa										
Telefone Contratado: (43)3		·	SINDICATO DOS SERVIDORES M							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	rotissional Solicitante		28 - Ass	sınatura do	o Responsável pela Autorização				