

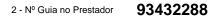
GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

93432288

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 343269	- Número	Número da Guia Atribuído pela Operadora 93432288										
4 - Data da Autorização 07/12/2023 1	11	5 - Senha :28 934322		6 - Data de Validade da Sei		Senha 02/2024						
Dados do Beneficiário	0.20		30402200		00/02/20							
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		9 - Atendiment	o de RN					
0050000001329645			01/09	01/09/2025 N								
50 - Nome Social												
10 - Nome												
MARIA LUIZA PACHECO MALUF												
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
78.613.841/0001-61			t	SSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA								
14 - Nome do Profissional S				† †			15 - Conselho Profissional 16 - Número do 21679					
CARLOS EDUARDO			da Internação		06		216	579		41	225270	
Dados do Hospital / Loca 19 - Código na Operadora				al / Local Solicitad	0			7	21 - Data	sugerida p	ara Internação	
78.613.841/0001-61		AS	SOCIACAO E	EVANGELICA	BENEFICEN				08/12/20	023 00:0	0	
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Ti	po de Interna C	ıção 24 - Regim	o 24 - Regime de Internação 25		5 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - P		revisão de uso de OPME S		r - Previsão de uso de Quimioterápico N		
28 - Indicação Clínica				•	<u> </u>	•						
29 - CID 10 Principal (opcic	nal) 3	30 - CID 10(2	2) (opcional) [3	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 -	CID 10(4) (opcic	nal) 33 - 1	ndicacão de Ao	idente (aci	dente ou d	oença relacionada)	
		· ·)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Procedimentos ou Itens												
34 - Tabela 35 - Código 1- 22 30720098 2- 18 60000554 3-	5		DIARIA DE	E/OU LUXACOI	TO SIMPLES					Qtde. Solii	c. 38 - Qtde. Aut. 1 1	
Dados da autorização	~	-:	Otala Diánica Ana		Tine de Asser		-1-					
39 - Data provável da Admi	ssao nosp	лаіаг 40 ·	- Qtde Diárias Aut 1	torizadas 41	- Tipo de Acomo	uaçao autoriza	ud					
42 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	/ CNPJ at	utorizado	1	ospital / Local Aut		ENTE DE L	ONDRINA			11	44 - Código CNES 2550792	
45 - Observação / Justificat Telefone Contratado: (4:		000 / Emitid										
46 - Data da Solicitação		47 - Assina	atura do Profission	nal Solicitante	48 - Assinatura	lo Beneficiário	ou Responsáv	el 49 - Assir	natura do R	Responsáve	el pela Autorização	



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

Unimed A

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Refere		4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuío	
343269		93432288		93432288	07/12/2023 16:28		93432288
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0050000001329645							
8 - Nome							
MARIA LUIZA PACHE	CO MALUF						
Dados do Profissional Solid	citante						
9 - Nome do profissional solic	itante		10 - Telefone	11	1 - E-mail		
CARLOS EDUARDO M	IOTOOKA						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica INDICAÇAO CLINICA EM	ANEYO						
INDICAÇÃO CLINICA EM A							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do	Material 15	- Descrição		16 - Opção 17 - Qtde	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mater	rial no fabricante	23 - Nº Autorização			
1- 00 00658782	Pl		LOCK VOLAR PROTECT FLP GRANDE ES	_ 1	,	_ 1	,
10247700102 ARTHROM COMERCIO DE			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2- 00 72245123 SISTEMA DE MINI FRAGMENTOS V			ITOS VERSALOCK BLOQUEADO DE ANGU	8	_ ,	_ 8	_ _ , _
10247700093			CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _			
3- 00 72375906	F#		ARAFUSOS VERSA TORXDRIVE - 223-24-14	2	,	_ 2	,
10247700109		ARTHROM COMERO	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _ _	_ _ _ _		
4- _	_ _ _ _			_ _ _	_ _ _ , _	_	,
				_ _ _	_ _ _ _	_ _	
5- _					_	_	_ _ , _
					_ _ _ _ _		
6- _					_	_	_ _ , _
						_	
24 - Especificação do Materia	ıl						
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3		7/12/2023 / Empresa / Titular:	MARIA LUIZA PACHECO MALUF				
10,0,0,0,0	5070 1000 / Elimilad cili o	772720207 Emproda 7 Titalar. I	WWW. COLENT NOTICE OF TWINEST				
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do F	Profissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		
	11			11			