

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 000093628941

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 343269	3 - N° da guia Atribuído p 000093628941	ela Operadora					
4 - Data da Autorização 08/01/2024 5 - Senha 000093628941 Dados do Beneficiário / Paciente			6 - Data de validade da 03/03/202				
7 - Número da Carteira 0050000001763078		8 - Validade da cart 09/2024	I I	N			
10 - Nome completo LUCIA CONCEICA	O SEGANTINI DO C	ARMO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 700000480684809			
Dados do Contratado Solic							
2 - Código na Operadora / 78.613.841/0001-61		13 - Nome do Cont	tratado NO EVANGELICA BENEFIO	CENTE DE LON	NDRINA		
4 - Nome do Profissional S GUILHERME RUFI			15 - Conselho Prof 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número no 0 31666			18 - Código CBO S 225125
Dados do Contratado Solic	itado / Dados da Internação			, ,			
9 - Código na Operadora / 78.613.841/0001-6 1		Nome do Hospital/Local Sci ASSOCIACAO EV	olicitado ANGELICA BENEFICENT	E DE LONDRIN		21 - Data Sug	jerida para Internaçã
2 - Caráter da Internação [1]	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Interna	ação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas [002]	26 - Previsão de u	so de OPME 27 - F	revisão de us	o de Quimioterápico
M169 Procedimentos Solicitados	o Procedimento 36 - Descr tencial 3 ARTRO 1 DIARIA	PLASTIA (QUALQUER T DE ACOMPANHANTE	TECNICA OU VERSAO DE QUE COM REFEICAO COMPLETA VO DE 2 LEITOS COM BANH	 9 JADRIL) -		Otde. Solict. 1 1 2 - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	38 - Qtde. Aut. 1 1 2 - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -
Dados da Autorização 9 - Data Provável de Admi	ssão Hospitalar 40 - Qt		11 - Tipo da acomodação autorizada 1 ENFERMARIA				
2 - Código na Operadora / 78.613.841/0001-6 1		43 - Nome do Pres ASSOCIACA	tador Autorizado AO EVANGELICA BENEFIO	CENTE DE LON	NDRINA		44 - Código CNES 2550792
			A VÁLIDA SOMENTE PARA DESPE	ESAS HOSPITALAR	ES E ANESTESISTA	// HONOR	ÁRIO DO MÉDICO
	LA FRASSINETTE DO CAF						
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do profissi		48 - Assinatura do Beneficiário ou	Responsável	49 - Assinatura do l	Responsável p	oela Autorização