

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 000089697211

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 343269	3 - N° da guia Atribuído pela 000089697211	Operadora					
28/12/2022	5 - Senha 000089697211		6 - Data de validade da : 26/02/2023	Senha			
Dados do Beneficiário / Par 7 - Número da Carteira 0050000000746536		8 - Validade da carteira 05/2024	9 - Atendimento a RN				
10 - Nome completo PAULO VENDRAMINI NETO				11	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 700002921299709		
Dados do Contratado Solic		13 - Nome do Contratac	J -				
12 - Código na Operadora / 040.868.539-57	CNPJ / CPF	GUILHERME RU					
14 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME RUFINI ISOLANI 15 - Conselho Profissional 06 31666					Conselho 17 - UF 41	18 - Código CBO S 225125	
	itado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 10.246.214/0001-04 Nome do Hospital/Local Solicitado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA							
22 - Caráter da Internação 1	23 - Tipo de Internação [2]	24 - Regime de Internação [1]	25 - Otde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de us	so de Quimioterápico	
Hipótse Diagnóstica 29 - CID 10 Principal (opcio M169 Procedimentos Solicitados 34 - Tabela 35 - Código d ou Item Assis	o Procedimento 36 - Descrição		32 - CID 10 (4) (opcional) 33	- Indicação de Acidente (aciden	te ou doença relacion. 37 - Qtde. Solict.	ada) 38 - Qtde. Aut.	
22 30724058 18 60000808 - - - - - - - - - - - - - - - - - -	B ARTROPLA		NICA OU VERSAO DE QUA DE 2 LEITOS COM BANHE		1 2 - - - - - -	1 2 - - - - - -	
Dados da Autorização				1			
39 - Data Provável de Admi	ssão Hospitalar 40 - Qtde.		ipo da acomodação autorizada ENFERMARIA				
42 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 10.246.214/0001-04 43 - Nome do Prestador Autorizado UNIORT E ORTOPEDIA ESPECIALIZADA LTDA						44 - Código CNES 6528104	
	ntratado: (43)3372-0900 / S POR CONTA DO CLIENTE .		STIANE / *********GUIA VÁ	LIDA SOMENTE PARA AS DE	ESPESAS HOSPITAL	ARES E ANESTESIST	
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do profissiona	solicitante 48	- Assinatura do Beneficiário ou R	esponsável 49 - Assina	atura do Responsável	pela Autorização	