

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92938480

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS	- Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 92938480										
	5 - Sanha		6 - Data de Valid	dada da Sanha	729	30400					
4 - Data da Autorização 23/10/2023 16:12		5 - Senha 92938480		6 - Data de Valid	29/12/20	23					
Dados do Beneficiário	0										
7 - Número da Carteira			8 - Va	lidade da Carteira		9 - Atendimen					
865000198270400)8 					N	ı				
50 - Nome Social											
10 - Nome ROGER LUIZ CAI	MILO										
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61 13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA											
14 - Nome do Profissio					15 - 0 06	15 - Conselho Profissional		16 - Número do Conselho 28806		17 - UF	18 - Código CBO 225270
Dados do Hospital / L			da Internação][
19 - Código na Operad			-	al / Local Solicitad	O				21 - Data	a sugerida p	para Internação
78.613.841/0001-6	51	AS	SOCIACAO E	EVANGELICA	BENEFICE	ITE DE LON	IDRINA	1	10/11/2	2023 00:0	00
22 - Caráter do Atendimo	ento 23	- Tipo de Interna C	ção 24 - Regim	ne de Internação 1	25 - Qtde. Di	irias Solicitadas 1	26 - Pr	revisão de uso de OPN S	ИЕ 27 -	Previsão de	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica											
29 - CID 10 Principal (c	pocional)	30 - CID 10(2) (opcional) 3	31 - CID 10(3) (opc	cional) 32 -	CID 10(4) (opcio	onal)	33 - Indicação de A	cidente (a	cidente ou c	doenca relacionada)
20	,poioriai,	00 0.2 .0,2	, (opolonal)	7. 0.2 76(6) (666	, id.ii., id.	0.5 .6(.) (opo.	oria.,	oo masayaa aa ri		9	
Procedimentos ou Ite											
34 - Tabela 35 - Cd		ocedimento	36 - Descrição TENOPLAS	TIA / ENXERTO	DE TENDA	O - TRATAM	ENTO (CIRURGICO	37 1	' - Qtde. Sol	ic. 38 - Qtde. Aut. 1
2- 22 30734								E LIGAMENTO -			1
3- 18 60000	805		DIARIA DE	QUARTO COL	ETIVO DE 2	LEITOS CON	I BANH	HEIRO PRIVATIV	0 1		1
4- 18 60024			ALUGUELT	AXA DE APAR	ELHO / EQU	IPAMENTO F	PARA A	ARTROSCOPIA P	PAR 1		1
5- _ _ _ _ _ _ _ _ _	. _ 	- 							-	_	
	 	-lll -l							- -	_ _	 _
8-									i_	_iii	iii
9-	- -	_							_	_ _	
10- _	<u> </u> -									_	_ _ _
11- _ _ 12- _ _	. 	- -							_	_	_
	-11	-!!!							I_		<u> </u>
Dados da autorização 39 - Data provável da A		ospitalar 40	Qtde Diárias Aut	torizadas 41	- Tipo de Acom	odação autoriza	ıda				
,			1	1		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					
42 - Código na Operad 78.613.841/0001-6		J autorizado	t	ospital / Local Auto		CENTE DE I	LONDR	RINA			44 - Código CNES 2550792
ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA 2550792 45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 23/10/2023 / Empresa / Titular: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA CENTRAL											
A SECOND SERVICE CONTROL CONTR											
46 - Data da Solicitação	2	A7 Assis	atura do Profission	nal Solicitorts 1	48 - Assinst	do Beneficiário	OU Poor	oneával II 40 A ==:	nature 4-	Pagagaga	rel pela Autorização
Data da SullutaÇa	-	+1 - Maaille	a uu r 101155101	na concitante	-10 - Moonialula	ao ponenciano	ou iveshi	01130 VOI 43 - ASSI	natura u0	responsav	oi poia Autorização



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

Unimed A

1 - Registro ANS 3	- Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora	
343269		92938480		92938480	23/10/2023 16:12		92938480
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
8650001982704008							
8 - Nome							
ROGER LUIZ CAMILO							
Dados do Profissional Solicita							
9 - Nome do profissional solicita			10 - Telefone		1 - E-mail		
RAFAEL MAURICIO BEI	ETATO						
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica LESAO LIGAMENTAR LESAO LIGAMENTAR							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do Ma		Descrição		16 - Opção 17 - Qtd	e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	citado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Materi		22 - Referência do mater		23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
1- 72466146 10417940137	AN		DESCARTAVEL - 2831-027/ 39.44.04. DIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL			_ 1	_ _ , _
2- 00590045	1.41	MINA PARA SHAVER SET		_ _ _		1	
80777280006	LAI		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSL	' TDA		_ '	_ _ , _
3-		AKTIKOW COMEK	DO DE IMPLANTESON TOPEDICOSE		_ _ _ _	_	,
	!!!!! 	111111				_	1
4-		IIIII					_ _ ,
							1
5-	-,,, 					,, _	_ ,
6- _	_			_ _	_ _ _ ,	_	,
			 _ _ _ _ _ 	_		_ _	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
	78-1000 / Emitido em 23/	10/2023 / Empresa / Titular:	CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPE	RATIVA CENTRAL			
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pr	ofissional Solicitante		28 - Assinatura de	Responsável pela Autorização		