

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

92497109

(Via HOSPITAL)

1 - Registro ANS 3 -	Número da Guia	Atribuído p	oela Operad	lora								
343269							924971	09				
4 - Data da Autorização 12/09/2023 10:23			92497109 6 - Data de Validade da			nha 1/2023						
Dados do Beneficiário												
7 - Número da Carteira 9 - Atendimento de RN												
0050000002322768			01/06/2025				N					
50 - Nome Social												
10 - Nome MARIA APARECIDA VIVAN DE CARVALHO												
Dados do Contratado Solid	citante											
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado												
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA												
14 - Nome do Profissional So RAFAEL MAURICIO E					11			16 - Número do Conselho 28806		17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação												
19 - Código na Operadora / CNPJ   20 - Nome do Hospital / Local Solicitado   21 - Data sugerida para   17/09/2023 00:00   17/09/2023 00:00   21 - Data sugerida para   17/09/2023 00:00   21 - Data sugerida para   17/09/2023 00:00   23 - Data sugerida para   17/09/2023 00:00   17/09/2023   17/09/2023 00:00   17/09/2023										-		
22 - Caráter do Atendimento  1	23 - Tipo de Inte	ernação	24 - Regime	de Internação	25 - Qtde	e. Diárias S <b>1</b>	olicitadas 26	- Previsão	de uso de OPI	ME 27 - F	Previsão de u	uso de Quimioterápico
28 - Indicação Clínica					11							
29 - CID 10 Principal (opcional) 30 - CID 10(2)		10(2) (opcio	cional) 31 - CID 10(3) (opcional)			32 - CID 10(4) (opcional)			33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  9			
Procedimentos ou Itens As	ssistenciais Soli	citados										
34 - Tabela         35 - Código d           1- 22         30734029           2- 22         30710022           3- 18         60000805           4- 18         60024151           5-	do Procedimento	SIN RET DIA	FIRADA D RIA DE C JGUELTA	MIA PARCIAL DE FIOS, PINO QUARTO COL XA DE APARI	S, PARA ETIVO DI ELHO / E	FUSOS ( E 2 LEIT	OU HASTES OS COM BA MENTO PAR	METAL ANHEIRO A ARTR	LICAS INTR D PRIVATIV OSCOPIA F	ROS 1 A-O 3 O 1	- Qtde. Soli	C. 38 - Qtde. Aut.  1  3  1  1
39 - Data provável da Admis	são hospitalar	40 - Qtde [	Diárias Auto	rizadas 41 -	- Tipo de A	comodaçã	o autorizada					
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado			1 1 1 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado									44 - Código CNES
78.613.841/0001-61 ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA									- 11	2550792		
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 12/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA APARECIDA VIVAN DE CARVALHO												
46 - Data da Solicitação	47 - As	sinatura do	Profission	al Solicitante	48 - Assina	tura do Be	neficiário ou R	esponsáve	el     49 - Ass	inatura do	Responsáve	el pela Autorização



2 - Nº Guia no Prestador

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

Unimed A

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 4 - Senha 5 - Data da Autorização 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 343269 92497109 92497109 12/09/2023 10:23 92497109 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social 0050000002322768 8 - Nome MARIA APARECIDA VIVAN DE CARVALHO Dados do Profissional Solicitante 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone 11 - F-mail **RAFAEL MAURICIO BELETATO** Dados da cirurgia 12 - Justificativa técnica REVALIDAÇÃO DA GUIA 92109595 - VAI FAZER DIA 14/10 REVALIDAÇÃO DA GUIA 92109595 VAI FAZER DIA 1410 **OPME Solicitadas** 13 - Tabela 14 - Código do Material 15 - Descrição 16 - Opção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 21 - Registro ANVISA do Material 22 - Referência do material no fabricante 23 - Nº Autorização de Funcionamento 00590045 1- 00 LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306 80777280006 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA |\_\_|\_|,|\_\_| 24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 12/09/2023 / Empresa / Titular: MARIA APARECIDA VIVAN DE CARVALHO 27 - Assinatura do Profissional Solicitante 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização 26 - Data da Solicitação