

Ayrton Senna De Sēva Londrina - PR CEP 86050-460 Fone: (43)3375-6161 www.unimedlondrina.com.br

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº de guia no prestador 000092791714

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 343269	3 - Nº da gula Atribuído po 000092791714	ela Operadora						
4 - Data da Autorização 10/10/2023	5 - Senha 000092791714			6 - Data de validade da 9 08/12/2023	senha			
Dados do Beneficiário / Paciente 9 - Validade 7 - Número da Carteira 1510000029994450 - Títular			de carteira 7/2023	9 - Atendimento a RN N	or synantania		y engal en a con	THE RESERVE THE
10 - Nome completo CAMILA DE AGUIA	R ALMEIDA V CLEM	IENTE				Número do Cartão Nacional 0500565789953	de Saúde	
Dados do Contratado Solici 12 - Código na Operadora / 0 08.271.755/0001-32	CNPJ / CPF	13 - Nome HOSPI	do Contratado TAL ARAUC	ARIA DE LONDRINA	LTDA			
14 - Nome do Profissional So VINICIUS RIBEIRO			15 - Conseiho Profis 06	15 - Conselho Profissional 16 - Número no Co 06 32298		17 - UF 41	18 - Código CBO S 225125	
Dados do Contratado Solici 9 - Código na Operadora / 0 08.271.755/0001-32	Nome do Hospital/	ome do Hospital/Local Solicitado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA			21 - Data Sugerida para Internação 18/10/2023 07:00:00			
2 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação		24 - Regime de Internação 25 - Q		26 - Previsão	de uso de OPME	evisão de uso	de Quimioterápico
ou Item Assist 22 30710022 18 60000805	PETTRA	DA DE FIOS. PIL	NOS, PARAFU	USOS OU HASTES META	LLICAS INTI	RA-	Qtde, Solict. 2 1 - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	38 - Qtde. Aut 1 1 1-1-1-1 1-1-1-1 1-1-1-1 1-1-1-1 1-1-1-1 1-1-1-1 1-1-1-1
ados da Autorização - Data Provável de Admissã 18/10/2023 07:0		e. Diárias Autorizada 001		da acomodação autorizada NFERMARIA				
Código na Operadora / CN 3.271.755/0001-32		43 - Nome do Prestador Autorizado HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA LTDA					44 - Código Cr 6074502	
Observação / Justificativa rotocolo: 358096202310 DNORÁRIO DO MÉDICO Impresa / Titular: UNIME	NÃO COOPERADO SER	stratado: (43)337: A POR CONTA DO	1-2500 / **** CLIENTE****	*********GUIA VÁLID	A SOMENTE I	PARA DESPESAS HOSPI	TALARES E	ANESTESISTA //
- Data da Solicitação 4	7 - Assinatura do profission	nal solicitante	48 - 1	Assinatura do Beneficiário ou	Responsável	49 - Assinatura o	lo Responsáv	el pela Autorização