

Sen. Souza Naves, 1922  
Londrina - PR  
CEP 86015-430  
Fone: (43)3315-1900.

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNACÃO

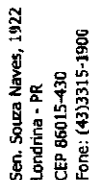
2 - N° de gula no prestador **000007394294**

Pág.: 1 de 1

## PLANO DE SAÚDE

## Hospitalar

[illegible]



PLANO DE SAÚDE

# Hospitalar

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

2 - Nº 000007394294  
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

<b>Hospital</b> PLANO DE SAÚDE	
1 - Registro ANS	326755
3 - Número da Guia Referenciada	000007394294
4 - Senha	000007394294
5 - Data da Autorização	13/11/2023
6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	000007394294

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome
405042 - Dependente	RENI CHAVES PENCO

**Dados do Profissional Solicitante**

<p>9 - Nome do Profissional Solicitante</p> <p><b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b></p>	<p>10 - Telefone</p> <p><b>(43) 3377-0900</b></p>	<p>11 - E-mail</p> <p><b>internacao@uniforte.com.br; joseguerreiro39@yahoo.com.br; atendimento@internacaoevangelica.com.br</b></p>
---	---	--

## Dados da Cirurgia

## 12 - Justificativa Técnica

**Materiais solicitados tecnicamente compatíveis.**

**Autorizado para Arthrom, previamente negociado.**

Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).

El presente documento es confidencial y no autorizado para su divulgación.

OFICIN(S) NÃO AUTORIZADO PARA CONVENIO ESCOLAS PASSIVAS DE GIRO.

Exame geral e investigação de doenças com auxílio de aparelhos relativos

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

## 224 - Especificação do Material

3385 - Esta ponteira foi liberada em caso excepcional

25 - Observação / Justificativa

Telefone Centralizado: (41) 3378-1000 / Emissão Par: CAROLATNE RODRIGUES / PLANO REGULAMENTADO. COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTÁVEIS, ORTISE, PROTESE E MATERIAIS DO IMPLANTE NACIONAL, protocolo de atendimento:

**LEARNING COUNCIL: (43)  
32675520231026913481**

**Empresa / Titular: ELIZEO PENCO Matrícula:**

**26 - Data da Solicitação**

**27 - Assinatura do Profissional Solicitante**

**28 - Assinatura do Responsável pela Autorização**