


Unimed 
Londrina

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3.432.69 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento a RM
10 - Nome DANIELE DOS SANTOS SILVA 11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Código no Operadora 13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538 15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho 17 - UF 18 - Código CBO
19 - Código no Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica
IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIÁRIAS
LESÃO DE LABRUM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL
QUADRIL esquerdo
C
M19.9
29 - CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 36 - Descrição 37 - Qtde Solic. 38 - Qtde Aut.
01- 3107.38.04.01 TRATAMENTO DE IMPACTO FEMOROACETABULAR
02- 3107.38.05.01 SUTURA LABRUM
03- 3107.38.05.02 TAXA DE ARTROSCOPIA DO QUADRIL
04- 2 lâminas de shaver ósseo e 1 lâmina shaver partes moles extendidas
05- BOMBA DE INFUSÃO
06- 2 ANCORAS SOFT (juggernaut) COM FIO HIFI APROPRIADAS PARA QUADRIL
07- 1 OPSITE (STERIL DRAPE)
08- 1 EQUIPO 10K
09- 1 Ponteira VAPORIZAÇÃO 90º com aspiração
10- 1 KIT CÂPSULAS
11- 2 FIOS HI-FI PARA SUTURA DA CÂPSULA
12- 40 - Qtde. Diárias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada
13 - Tipo na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES
14 - Indicação / Justificativa
15 - Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pelo