

atendido 04/10

valden

UNIMED

Fone (43) 9 8824 2322

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2-Nº 123456789012

Parade Rx OIC

1 - Registro ANS	3 - Data da Solicitação	4 - Senha (quando se aplica)	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
------------------	-------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira

9 - Nome	10 - Número do Cartão Nacional de Saúde
----------	---

Dados do Contratado Solicitante	
11 - Código do Contratado na Operadora	12 - Nome do Contratado

13 - Nome do Profissional Solicitante	14 - Conselho Profissional	15 - Número no Conselho	16 - UF	17 - Código CBO S
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação	
18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora	19 - Nome do Hospital/Clinica

21 - Caráter da Internação	22 - Tipo de Internação
<input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica

23 - Regime de Internação	24 - Qtd. Diárias Solicitadas
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2

25 - Indicação Clínica

COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE

Rígido e instabilidade espino-pélvica
com espondilolise.

Hipóteses Diagnósticas	
26 - Tipo Doença	27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente
<input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias

28 - Indicação de Acidente			
<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Não se aplica			

29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)
M16.9	R52.9		

Procedimentos Solicitados		36 - Qtd. Solic	37 - Qtd. Aut
33 - Tabela	34 - Código do Procedimento	35 - Descrição	
1 -	3107240518	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO	
2 -		PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA:	
3 -		ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR	
4 -		LINER ACETABULAR POLIETILENO CROSSLINKED	
5 -		HASTE FEMUR NÃO CIMENTADO	
6 -		CABECA FEMORAL CERÂMICA	
7 -		02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEÁVEL DESCARTÁVEL	
8 -			

Dados da Autorização	
38 - Data Prevista da Admissão Hospitalar	39 - Qtd. Diárias Autorizadas

40 - Tipo de Acomodação Autorizada	41 - Código / Registro do Contratado na Operadora	42 - Nome da Unidade de Internação Autorizada	43 - Código CNES

44 - Observação

45 - Assinatura do Médico Solicitante	46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	47 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---------------------------------------	--	---

DR. GUILHERME RUFINI ISOLANI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO QUADRIL
CRM-PR 31666



2 - Nº 000092813562
Atend. 00000000-00

Pág.: 1 de 1

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
000092813562

<p>9 - Nome da Profissão ou Sollicitante</p> <p>GUILHERME RUFINI ISOLANI</p>	<p>10 - Telefone</p>	<p>11 - E-mail</p>
---	----------------------	--------------------

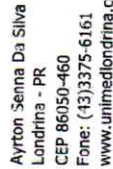
[Redacted]

16 - Opção	17 - Qte. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qte. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
23 - Nº Autorização de Funcionamento				

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

2 - Nº 000092929589
Atend. 00000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	343269	3 - Número da Guia Referenciada	000092813562	4 - Senha	000092929589	5 - Data da Autorização	26/10/2023	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	000092929589
------------------	--------	---------------------------------	--------------	-----------	--------------	-------------------------	------------	---	--------------

7 - Número da Carteira	1170000001796923 - Titular
8 - Nome	MARCELO MARTINEZ

<p>Dados do Profissional Solicitante</p> <p>9 - Nome do Profissional Solicitante</p> <p>GUILHERME RUFINI ISOLANI</p>		<p>10 - Telefone</p>	<p>11 - E-mail</p>

12 - Justificativa Técnica

<p>EM ANEXO MATERIAL</p>	<p>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</p>
--	---

[illegible]

25 - Observação / Justificativa

26 - Data da Solicitação 23/10/2023	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2019.04.10.333131>; this version posted April 10, 2019. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº de guia no prestador
000092929589

Pág.:

Ayrton Senna Da Silva
Londrina - PR

CEP 86050-460
Fone: (43)3375-6161

www.unimedlondrina.com.br

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia de Solicitação de Internação 000092813562	4 - Data da Autorização 26/10/2023
5 - Senha 000092929589		6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000092929589
Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira 1170000001796923 - Titular	8 - Nome MARCELO MARTINEZ	
Dados do Contratado Solicitante		
9 - Código na Operadora 78.613.841/0001-61	10 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	
11 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME RUFINI ISOLANI		12 - Conselho Profissional 06
Dados da Internação		13 - Número no Conselho 31666
16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas [000]		14 - UF 41
17 - Tipo da Acomodação Solicitada []		15 - Código CBO S 225125

18 - Indicação clínica MATERIAL

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19 - Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde Solic	23 - Qtde Aut
1 - []	[]		[]	[]
2 - []	[]		[]	[]
3 - []	[]		[]	[]
4 - []	[]		[]	[]
5 - []	[]		[]	[]
6 - []	[]		[]	[]
7 - []	[]		[]	[]
8 - []	[]		[]	[]
9 - []	[]		[]	[]

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas [000]	25 - Tipo da Acomodação Autorizada []
---	--

26 - Justificativa da operadora

27 - Observação / Justificativa Protocolo: 36606420231025830980 Telefone Contratado: (43)3378-1000 Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
--

28 - Data da Solicitação 23/10/2023	29 - Assinatura do profissional solicitante	30 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---