

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

unimed"

1 - Registro ANS		3 - Data da Autorização		4 - Senha		5 - Data Validade da Senha		6 - Data de Emissão da Guia	
7 - Número da Carteira		8 - Plano		9 - Validade da Carteira		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
10 - Nome MAIKON GUERITH BAPTISTELLA DA SILVA									
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				13 - Nome do Contratado				14 - Código CNES	
15 - Nome do Profissional Solicitante WALTER TAKI				16 - Conselho Profissional CRM		17 - Número no Conselho 18.000		18 - UF PR	
20 - Código na Operadora / CNPJ				21 - Nome do Prestador HOSPITAL HEL					
22 - Caráter da Interação [] E - Eletiva U - Urgência/Emergência				23 - Tipo de Interação [] 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica					
24 - Regime de Interação [] 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas [] 0 1					
26 - Indicação Clínica PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL, RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença [] A - Aguda [] C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente [] 0 1 - [] M - Anos [] M - Meses [] D - Dias				29 - Indicação de Acidente [] 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			
30 - CID 10 Principal [] M 1 9 9		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)		33 - CID 10 (4)			
Procedimentos Solicitados									
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde. Solic 38 - Qtde. Aut	
1 -		1307381040		VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL				[] 0 1	
2 -		1307381050		TRATAMENTO DO IMPACTO FEMOROACETABULAR				[] []	
3 -		1307381050		SUTURA DO LABRUM				[] []	
4 -								[] []	
5 -								[] []	
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.		43 - Fabricante	
1 -				TAXA DE VIDEOARTROSCOPIA DO QUADRIL		[] 0 1			
2 -				BOMBA DE INFUSÃO		[] 0 1			
3 -				ANCORAS ABSORVIVEL PARA QUADRIL		[] 0 2			
4 -				OPSITE (STERIL DRAPE)		[] 1			
5 -						[] 0			
6 -				SHAVER PARTES MOLES PARA QUADRIL		[] 1			
7 -				SHAVER PARTES OSSEAS PARA QUADRIL		[] 1			
8 -				PONTEIRA DE RADIO FREQUENCIA BIPOLAR		[] 1			
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar				46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo de Autorização			
[] [] [] [] [] []				[] []		[] [] [] [] [] []			
48 - Código na Operadora / CNPJ				49 - Nome do Prestador Autorizado				50 - Código CNES	
[] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] []	
51 - Observação									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Walter Taki Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 18000									
53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável				54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				55 - Código CNES	
[] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] []				[] [] [] [] [] []	

Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 18000