

Enf -

43.998186691

Unimed
Londrina**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

865 000 217 2260127

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Miguel Ferreira do Silva

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na 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

KSM les / m.m.s.c / osteocondral
Joelho (FR)

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)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição | 37 - Qtde Solic | 38 - Qtde Aut |
|-------------|--|-------------------------|-----------------|---------------|
| 01 | 3013 3013 | Reconstrução les | 01 | |
| 02 | 3013 3016 | Transposição tendão | 01 | |
| 03 | 3013 3049 | Osteocondroplastia | 01 | |
| 04 | 3013 3057 | Artroscopia | 01 | |
| 05 | | fixação de v. de | 01 | |
| 06 | | | | |
| 07 | 723 20907 | placa joelho | 01 | |
| 08 | 0059 7007 | placa inter. absorvível | 01 | |
| 09 | 0059 0045 | placa shaver | 01 | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização