

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

**Unimed**   
Londrina

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

0 0 5 0 0 0 0 0 3 8 9 1 6 4 2

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Ronaldo Gonçalves Batista

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

União

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. José Everaldo Pedrollo Jr

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

CRM PR 23232

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

E

23 - Tipo de Internação

H

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

01

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Há uma valgo severo à esquerda.  
Com desconforto para a marcha

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M20.1

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 -

30.729.18-1

Há uma valgo - Tte. cingido

01

02 -

30.731.11-9

Teno. plástica do adutor do

01

03 -

Há uma

04 -

05 -

06 -

OPM - Parafuso Anterior

01

07 -

08 -

09 -

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

Dr. José Everaldo Pedrollo Jr  
Ortopedista  
CRM-PR 23.232

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização