


Unimed 
Londrina

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**

2 - Nº Guia no Prontuário

1 - Registro ANS 3.432.69		2 - Número da Guia Distribuído pela Operadora	
3 - Data de Autorização		4 - Sexo	
5 - Data de Validade da Guia		6 - Data de Validade da Guia	
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	
9 - Endereçamento a PA		10 - Nome	
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Código na Operadora	
13 - Nome do Controlador		14 - Nome do Profissional Solicitante	
15 - Especialidade Profissional		16 - Número do Conselho	
17 - CRM		18 - Código CBO	
19 - Código na Operadora / CNP		20 - Nome do Hospital / Local de Internação	
21 - Data sugerida para internação		22 - Contato de Atendimento	
23 - Tipo de Internação		24 - Regime de Internação	
25 - QDM, Outros Se a Rada		26 - Prioridade de atendimento	
27 - Prioridade de atendimento		28 - Descrição da Solicitação	
<p>SOLICITAÇÃO DE PROTESE DE QUADRIL COM PERDA ÓSSEA NO FUNDO ACETABULAR + SOLICITAÇÃO ACETABULAR ASSOCIADA COM PERDA ÓSSEA acetabular GRAVE SOLICITAÇÃO FEMORAL COM PERDA ÓSSEA</p>			
<p>ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO)</p>			
<p>OSTEOTOMIA ALONGADA DE FÊMUR</p>			
<p>RETIRADA DE PROTESE</p>			
<p>ACETÁBULO SEM CIMENTO EM TÂNTALO - LÍKER DE POLIETILENO CROSSLINKED</p>			
<p>2 CANOS DE CERCAGEM - 5 PARAFUSOS ACETABULARES</p>			
<p>CAVEIA METAL 32 MM</p>			
<p>1 HASTE FEMORAL FIXAÇÃO DISTAL TIPO WAGNER</p>			
<p>2 OPSITES</p>			
39 - Data de Autorização		40 - Data de Admissão no Hospital	
41 - Tipo de Aceitação Autorizada		42 - Código na Operadora / CNP	
43 - Nome do Hospital / Local de Internação		44 - Código CBO	
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data de Internação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
48 - Data de Validade da Solicitação		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	