

Unimed

Londrina

GUIA DE SOLICITAÇÃO

DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

95811474

1 - Registro ANS

343269

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

09759005004822008

8 - Validade da Carteira

31/07/2024

9-Atendimento a RN

N

10 - Nome

MILTON IDERHA

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

01023858

13 - Nome do Contratado

CIRO VERONESE DOS SANTOS

14 - Nome do Profissional Solicitante

CIRO VERONESE DOS SANTOS

15 - Conselho Profissional

6

16 - Número no Conselho

23858

17 - UF

Pr

18 - Código CBO

225270

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

08.271.755/0001-32

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

HOSPITAL ARAUCARIA DE LONDRINA

21 - Data sugerida para internação

08/08/2024

22 - Caráter do atendimento

1

23 - Tipo de Internação

2

24 - Regime de Internação

1

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

1

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

S

28 - Indicação Clínica

dor em joelho direito, limitação funcional, piora progressiva. Necessidade de procedimento cirúrgico

29 - CID 10 Principal

M170

30 - CID 10 (2)

0

31 - CID 10 (3)

0

32 - CID 10 (4)

0

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1 - 22	30726034	Artroplastia total de joelho com implantes	1	1
2 - 22	30726239	Realinhamentos do aparelho extensor - trata	1	1
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diárias Autorizadas

0

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

0

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

0

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

9999999

45 - Observação / Justificativa

46 - Data de Solicitação

15/07/2024

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização