

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

1 - Registro ANS		3 - Data da Autorização		4 - Senha		5 - Data Validade da Senha		6 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Plano 9 - Validade da Carteira									
10 - Nome LUCIANA LUCENA SANCHEZ								11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante 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	
19 - Código CBO S									
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação 20 - Código na Operadora / CNPJ 21 - Nome do Prestador HOSPITAL 22 - Caracter da Internação 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtd. Diárias Solicitadas 26 - Indicação Clínica PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.									
Hipóteses Diagnósticas 27 - Tipo Doença 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29 - Indicação de Acidente 30 - CID 10 Principal 31 - CID 10 (2) 32 - CID 10 (3) 33 - CID 10 (4)									
Procedimentos Solicitados 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtd. Solicit 38 - Qtd. Aut									
OPM Solicitados 39 - Código do OPM 40 - Descrição OPM 41 - Qtd. 42 - Fabricante 43 - Valor Unitário R\$									
Dados da Autoriza 44 - Data Provável da Admissão Hospitalar 45 - Qtd. Diárias Autorizadas 46 - Tipo da Acomodação Autorizada 47 - Código na Operadora / CNPJ 48 - Nome do Prestador Autorizado 49 - Código CNES 50 - Observação 51 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 52 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 53 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização									

Dr. Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 12000

Londrina, 29/06/23

Ao Convênio UNIMED

Referente a Cirurgia da Paciente : LUCIANA LUCENA
SANCHEZ

Comunico a este Estimado Convênio a minha renúncia ao Honorário Médico de cirurgião que normalmente são pagos pelos serviços prestados aos profissionais da saúde credenciados a este convênio o que faço por razões de cunho pessoal e por não mais pertencer e ter relações de credenciamento com esta instituição.

Assim, confirmo a minha renúncia dos honorários médicos desta empresa e, ao ensejo, apresento minhas sinceras saudações.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, reading 'Dr. Walter Taki'. Below the signature, there is a stamp that reads 'Ortopedia e Traumatologia' and 'CRM-PR 18000'.

DR WALTER TAKI

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia																							
<p>Dados do Beneficiário</p> <p>8 - Número da Carteira</p>												9 - Plano		10 - Validade da Carteira		LUCIANA LUCENA SANCHEZ		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde															
<p>Dados do Contratado Solicitante</p> <p>13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF</p>												14 - Nome do Contratado		15 - Código CNES		16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Conselho Profissional		18 - N.º do Profissional		19 - UF		20 - Código CBO S									
<p>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</p> <p>21 - Data/Hora da Solicitação</p>												22 - Caráter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)																	
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição		28 - Qt. Solic.		29 - Qt. Autoriz.																									
1 -				HEMOGRAMA COMPLETO																													
2 -				COAGULOGRAMA																													
3 -				CREATININA																													
4 -				GLICEMIA																													
5 -				UREIA																													
<p>Dados do Contratado Executante</p> <p>30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF</p>												31 - Nome do Contratado		32 - T.L.		33-34-35-Logradouro - Número - Complemento		36 - Município		37 - UF		38 - Cód. IBGE		39 - CEP		40 - Código CNES							
<p>40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar</p>												41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF		45 - Código CBO S		45a - Grau de Participação											
<p>Dados do Atendimento</p> <p>46 - Tipo Atendimento</p> <p>01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar</p> <p>07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva</p> <p>47 - Indicação de Acidente</p> <p>0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Transfêro 2 - Outros</p> <p>48 - Tipo de Saída</p> <p>1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito</p>																																	
<p>Consulta Referência</p> <p>49 - Tipo de Doença</p>												50 - Tempo de Doença																					
<p>Procedimentos e Exames realizados</p> <p>51 - Data</p>												52 - Hora Inicial		53 - Hora Final		54 - Tabela		55 - Código do Procedimento		56 - Descrição		57 - Qtde.		58 - Via		59 - Tec.		60 - Red / Acresc.		61 - Valor Unitário - R\$		62 - Valor Total - R\$	
1 -																																	
2 -																																	
3 -																																	
4 -																																	
5 -																																	
<p>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</p> <p>1 -</p>												3 -		5 -		7 -		9 -		10 -													
<p>64 - Observação</p>																																	
<p>65 - Total Procedimentos R\$</p>												66 - Total Taxas R\$		67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medicamentos R\$		69 - Total Diárias R\$		70 - Total Gases Medicinais R\$		71 - Total Geral da Guia R\$											
<p>66 - Data e Assinatura do Solicitante</p>												67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Data e Assinatura do Prestador Executante																	

Dr. Walter Toki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 18000

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº

1 - Registro AVS		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia	
8 - Número da Carteira				9 - Plano		10 - Validade da Carteira		11 - Nome LUCIANA LUCENA SANCHEZ		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF				14 - Nome do Contratado				15 - Código CNES			
16 - Nome do Profissional Solicitante				17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho		19 - UF		20 - Código CBO S	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caráter da Solicitação <input type="checkbox"/> E-Eletiva <input type="checkbox"/> U-Urgência/Emergência		23 - CID 10 M19.9		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)					
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição		28 - Qt. Solic. 29 - Qt. Autoriz.					
1 -				VHS							
2 -				PCR							
3 -				SODIO							
4 -				POTASSIO							
5 -				URINA TIPO I + URUCULTURA							
Dados do Contratado Executante											
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - T.L.		33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento		36 - Município		37 - UF	
38 - Cód. IBGE		39 - CEP		40 - Código CNES		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho	
44 - UF		45 - Código CBO S		46 - Grau de Participação		47 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		48 - Tipo de Saída <input type="checkbox"/> 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito			
Dados do Atendimento											
46 - Tipo Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva											
Consulta Referência											
49 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		50 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias									
Procedimentos e Exames realizados											
51 - Data		52 - Hora Inicial		53 - Hora Final		54 - Tabela		55 - Código do Procedimento		56 - Descrição	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
57 - Onde 58 - Via 59 - Tec. 60 - Red. / Acresc. 61 - Valor Unitário - R\$ 62 - Valor Total - R\$											
83 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série											
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -			
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -			
84 - Observação											
65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Taxas e Aluguéis R\$		67 - Total Medicamentos R\$		68 - Total Diárias R\$		69 - Total Gases Medicinais R\$		70 - Total Geral da Guia R\$	
65 - Data e Assinatura do Solicitante		66 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Data e Assinatura do Prestador Executante					

Dr. Walter Taki
Oncologia e Hematologia
CRM-PR 18000

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia	
<p>Dados do Beneficiário</p> <p>8 - Número da Carteira</p> <p>9 - Plano</p> <p>10 - Validade da Carteira</p> <p>11 - Nome LUCIANA LUCENA SANCHEZ</p> <p>12 - Número do Cartão Nacional de Saúde</p>											
<p>Dados do Contratado Solicitante</p> <p>13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF</p> <p>14 - Nome do Contratado</p> <p>15 - Código CNES</p>				<p>16 - Nome do Profissional Solicitante</p> <p>17 - Conselho Profissional</p> <p>18 - Número no Conselho</p> <p>19 - UF</p> <p>20 - Código CBO S</p>							
<p>Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados</p> <p>21 - Data/Hora da Solicitação</p> <p>22 - Caráter da Solicitação</p> <p>23 - CID 10</p> <p>24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)</p>											
<p>25 - Tabela</p> <p>26 - Código do Procedimento</p> <p>27 - Descrição</p> <p>28 - Qt. Solíc.</p> <p>29 - Qt. Autoriz.</p>											
<p>Dados do Contratado Executante</p> <p>30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF</p> <p>31 - Nome do Contratado</p> <p>32 - T.L.</p> <p>33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento</p> <p>36 - Município</p> <p>37 - UF</p> <p>38 - Cód. IBGE</p> <p>39 - CEP</p> <p>40 - Código CNES</p>											
<p>40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar</p> <p>41 - Nome do Profissional Executante/Complementar</p> <p>42 - Conselho Profissional</p> <p>43 - Número no Conselho</p> <p>44 - UF</p> <p>45 - Código CBO S</p> <p>45a - Grau de Participação</p>											
<p>Dados do Atendimento</p> <p>46 - Tipo Atendimento</p> <p>47 - Indicação de Acidente</p> <p>48 - Tipo de Saida</p>											
<p>49 - Tipo de Doença</p> <p>50 - Tempo de Doença</p> <p>51 - Data</p> <p>52 - Hora Inicial</p> <p>53 - Hora Final</p> <p>54 - Tabela</p> <p>55 - Código do Procedimento</p> <p>56 - Descrição</p> <p>57 - Cide</p> <p>58 - Via</p> <p>59 - Tec.</p> <p>60 - Red. / Acresc.</p> <p>61 - Valor Unitário - R\$</p> <p>62 - Valor Total - R\$</p>											
<p>63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série</p> <p>64 - Observação</p>											
<p>65 - Total Procedimentos R\$</p> <p>66 - Total de Análises R\$</p> <p>67 - Total Materiais R\$</p> <p>68 - Total Medicamentos R\$</p> <p>69 - Total Diárias R\$</p> <p>70 - Total Gases Medicinais R\$</p> <p>71 - Total Geral da Guia R\$</p>											
<p>88 - Data e Assinatura do Solicitante</p> <p>89 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p>90 - Data e Assinatura do Prestador Executante</p>											

PACIENTE: LUCIANA LUCENA SANCHEZ

- AGENDAR CONSULTA COM **CARDIOLOGISTA PARA**
RISCO CIRURGICO.

PROCEDIMENTO: ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

LONDRINA, 29 DE JUNHO DE 2023.

A handwritten signature in black ink, followed by the text 'Dr. Walter Taki', 'Ortopedia e Traumatologia', and 'CRM-PR 18000' in a bold, sans-serif font.

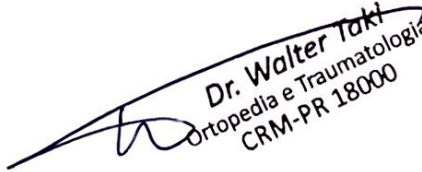
Dr. Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 18000

PACIENTE: LUCIANA LUCENA SANCHEZ

MARCAR CONSULTA COM VASCULAR PARA RISCO CIRURGICO.

PROCEDIMENTO: PROTESE TOTAL DE QUADRIL.

LONDRINA, 29 DE JUNHO DE 2023.



Dr. Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 18000