

UNIMED

Antecipação

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO

2-Nº

123456789012

1 - Registro ANS	3 - Data da Solicitação	4 - Senha (quando se aplica)	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira			
9 - Nome	10 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Roberto Carlos Soffile				
Dados do Contratado Solicitante				
11 - Código do Contratado na Operadora	12 - Nome do Contratado			
13 - Nome do Profissional Solicitante	14 - Conselho Profissional	15 - Número no Conselho	16 - UF	17 - Código CBO S
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação				
18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora	19 - Nome do Hospital/Clinica			20 - Data sugerida p/ Internação
UNIMED				
21 - Caráter da Internação	22 - Tipo de Internação			
<input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica			
23 - Regime de Internação	24 - Qtde. Diárias Solicitadas			
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2			
25 - Indicação Clínica				
COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE				
Rigidez espinopelvica com listese L5-S1				
Hipóteses Diagnósticas				
26 - Tipo Doença	27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente		28 - Indicação de Acidente	
<input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias		<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Não se aplica	
29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	
M16.9	R52.9			
Procedimentos Solicitados				
33 - Tabela	34 - Código do Procedimento	35 - Descrição	36 - Qtde. Solic	37 - Qtde. Aut
1 -	30724051-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO		
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
DUPLO MOBILIDADE ZIMMER G7.				
PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA:				
ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR				
LINER ACETABULAR POLIETILENO CROSSLINKED				
HASTE FEMUR NÃO CIMENTADO				
CABECA FEMORAL CERÂMICA				
02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEÁVEL DESCARTÁVEL				
Dados da Autorização				
38 - Data Provável da Admissão Hospitalar	39 - Qtde. Diárias Autorizadas	40 - Tipo da Acomodação Autorizada		
41 - Código / Registro do Contratado na Operadora	42 - Nome da Unidade de Internação Autorizada			43 - Código CNES
44 - Observação				
45 - Assinatura do Médico Solicitante				
46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
47 - Assinatura do Responsável pela Autorização				

DR. GUILHERME RUTINI BOLAM  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 31660