

**Unimed**  
Londrina

**GUIA DE SOLICITAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO**

2 - Nº Guia no Prestador

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

865 000 206 681 000 3

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Sueli Maria Brito

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

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

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

paciente com artrose reumatoide com dor no quadril direito

29 - CID 10 Principal (Opcional)

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-	3072405-8	Artroplastia de quadril		
02-				
03-				
04-		protese femoral cimentada		
05-		coxa pré articulada		
06-		componente acetabular não cimentado		
07-		linet em polietileno cross linked		
08-		kit de cimentação		
09-		conta ortopédica		
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

(\*) Análise anamnese do nutricionista  
(\*) Análise do pneumologista

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

**Paciente: SUELI MARIA BENTO**

**Idade: 69 anos**

**Sexo: Feminino**

**ID: 1443213**

**Data/Hora Exame: 15/08/2023 10h19**

**Data Nasc.: 09/05/1954**

**Dr.(a): Mauricio Rodrigues Miyasaki --- Inativo - CRM/PR 24650**

---

**RADIOGRAFIA DA BACIA**

**Análise:**

Osteoartrose do quadril direito caracterizado por reações osteofitárias marginais, redução assimétrica do espaço articular e escleroses subcondrais.

Articulações sacroilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

Material de artrodese na coluna lombar baixa.



**Dr. Jose Eduardo Colla**  
**CRM / PR 28194**