

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

94332661

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 VALMIR DE OLIVEIRA CARVALHO	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 Evangelico de Londrina
22 - Caráter da Internação	23 - Tipo de Internação
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

26 - Indicação Clínica

PACIENTE APRESENTA SINAIS DE OSTEOMIELITE DE QUADRIL ESQ ASSOCIADO A FISTULA ATIVA

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente
<input type="checkbox"/> C - Aguda <input type="checkbox"/> A - Crônica	<input type="checkbox"/> 0 - Anos <input type="checkbox"/> 1 - Meses <input type="checkbox"/> 2 - Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 9		
	33 - CID 10 (4)	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1-	30725143	TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELITE DE QUADRIL		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
2-				
3-				
4-				
5-				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
____/____/____		
48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES

51 - Observação

<p>52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p><i>Dr. Walter Taki</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 18600</p>			<p>53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p>	<p>54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p>
<p>____/____/____</p>			<p>____/____/____</p>	<p>____/____/____</p>



Londrina, 06/03/24

Ao Convênio UNIMED


Referente a Cirurgia da Paciente : VALMIR DE OLIVEIRA CARVALHO

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,


Dr. Walter Taki
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 18000

DR WALTER TAKI