#### 2- N°

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 3 Data da Autorização 100 CO	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia				
Dados do Beneficiário				8688888			
7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade o	**				
			<u> </u>				
10 - Nome ANA BEATRIZ BELINI FAGAN			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde				
Dados do Contratado Sólicitante 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	at the same as the hideline Pipe ander to		14 - Código CNES			
	13 - Nome do Contratado			14 - Codigo Onico			
15 - Nome do Profissional Solicitante WALTER TAKI	16	- Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 18 000 PR	19 - Código CBO S			
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação 20- Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador						
	90 40 50 60						
22 - Caráter da Internação 23-Tipo de Interna	HOSPITAL						
L_E_ E - Eletiva U - Urgência/Emergência L2_ 1 - Clín	1	- Pediátrica 5 - Psiquiátrica					
PROPERTY OF STATE OF	25 - Qtde. Diarias Solicitadas						
11 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	L0_L1_LI						
26 - Indicação Clínica							
PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL, RESTRIÇÃO DA	MOBILIDADE E FAZER ATIVIDADES	DO DIA A DIA.					
Hipóteses Diagnósticas							
27-Tipo Doença 28-Tempo de Doença Referida pel	o Paciente 29 - Indicação o	de Acidente	The second of th				
C   A - Aguda C - Crônica  O_1_1M   A-Anos !	M-Meses D-Dias	cidente ou doença relacionada a	ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros				
30-CID 10 Principal 31 - CID 10 (2) 32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)	1					
Procedimentos Solícitados							
34-Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descr	C.127		37 - Qtde. Solict 38				
1-	VIDEOARTROSCOPIA DO O			.  _0 _1_			
3-1 1 3 0 1 7 1 3 1 8 1 0 1 5 1 9 1 1							
4							
5-							
1							
OPM Solicitados		•					
39-Tabela	KA DE VIDEOARTROSCOPIA DO (		lor Unitário R\$				
	MBA DE INFUSÃO			_ .			
		RA QUADRIL  _0_ _2_	J	_			
4-L        OPSITE (STERIL DRAPE)							
5-L							
6-							
	NTEIRA DE RADIO FREQUENCIA			_!//!! 			
Dados da Autorização							
46 - Qtde. Diari	s Autorizadas	omodação Autorizada					
48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado			50 - Código CNES			
				L			
51 - Observação			The Allendar				
with will the		E	= = =				
1 COKI	53-Data e Assinatura do Beneficiário o	u Parnanetus!					
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante	DJ-Data e Assinatura do Beneficiário o	u nesponsavel	54-Data e Assinatura do Responsável pela A	utorização			
Julite jungo							
\ \\\ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\							
1 2008							
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante  Wolker Torking  Wolker Torking  Dr. para e para 18000							



Londrina, 02/06/23

Ao Convênio UNIMED

Referente a Cirurgia da Paciente : ANA BEATRIZ BELINI FAGAN

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



PACIENTE: ANA BEATRIZ BELINI FAGAN

AGENDAR CONSULTA COM CARDIOLOGISTA PARA

### RISCO CIRURGICO.

PROCEDIMENTO: VIDEOARTROSCOPIA DE JOELHO / LESAO DO MENISCO.

LONDRINA, 02 DE JUNHO DE 2023.





# PACIENTE: ANA BEATRIZ BELINI FAGAN

MARCAR CONSULTA COM  $\underline{VASCULAR}$  PARA RISCO CIRURGICO.

PROCEDIMENTO: PROTESE TOTAL DE QUADRIL.

LONDRINA, 02 DE JUNHO DE 2023.



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT												
1 - Registro ANS	3 - N° Gula Principal				Data da Autorização	5-Senha	6 - Data Validad	le da Senha	7 - Data de Em	issão da Guia		
Dados do Beneficiário	San San Carlotte State Co.	EX STATUTE OF SE	THE WAY SHOW	THE RESERVE	ASSESSED FOR THE PARTY OF	THE PARTY OF	The second second		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	R.A.	at a Navigural de Carido	
8 - Número da Carteira			9- Plano	10 - Validade da Carteir	a 1 - Nome					12 - Número do Ca	rtão Nacional de Saúde	
				1-11-11-1	ENCORPORATION	RIZ BELINI FAC	GAN					
Dados do Contratado Solicitante			Allegaria in the second				15 - Código CNES	Section and sections.				
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		14 - Nome do Contratado	0					1000				
16 - Nome do Profissional Solicitante	1000	4,778-14-15		17 - 0	onselho Profissional		18 - Número no Conselho		19 - UF	20 - Código CBO S		
								-	the desire		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	- The second
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exa							ia, consulta de referência e alto c	usto)				
21 - Data/Hora da Solicitação		râter da Solicitação	cia/Emergéncia M19 9	in the second	idicação Clínica (obrigatorio se	pequena cirurgia, arrap	a, consula de la					
			Clare Line (general 14-15-1					- 10		28.Qt.Soli	c. 29-QLAutoriz.	
25-Tabela 26- Código do Procedimen		27 - Descrição										
1	٧ اڇاــاــاــا	HS										
2	ا الحالاال	PCR										
No. 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 <u>1</u> 1 s	ODIO										
		OTASSIO										
4-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	IOLII TUDA									
5-[1		IRINA TIPO I + URU	CULTURA						The supplementary of the suppl		- Typestylle trape	
Dados do Contratado Executante	4	7			Considered the ac-		Logradouro - Número - Complem		6 - Município	37 - UF 38	- Cod. IBGE 39 - CEP	40- Código CNES
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contrata	do			32-T.L 33-34-35	Logradouro - Numero - Compieni	ene l'	o - mano-po			
						4					14 500	de Participação
40a - Código na Operadora / CPF do exec.		41 - Nome do Profissio	onal Executante/Complement	ar .	- Carleton	42 - Conselho Profission	onal	43 - Número no Co	nselho	44 - UF 45 - C		CONTRACTOR OF CONTRACTOR OF STATE
		JL			7.00				Tipo de Saida	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	and the transport	
Dados do Atendimento  46-Tipo Atendimento	lig-Light.			d Domester	47 - Indicação de Aciden				6. 95			
	equena Cirurgia 03 - Terapi 08 - Quimioterapia 09-Ra	ias 04 - Consulta adioterapia 10-TF	05- Exame 06-A RS-Terapia Renal Substit	tutiva	0 - Acidente d	u doença relacionad	o ao trabalho 1 - Trânsito	2 - Outros	1-Retorno	2-Retorno SADT 3-Re	ferência 4-Internação 5-Al	ta 6-Obito
Consulta Referência			1-1-1		· Landa Land Children							
	mpo de Doença											
The state of the s	A-Anos M-Meses D-	Dias	ſ									
Procedimentos e Exames realizados.		- 2000		A	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	APPENDING SERVICE	57-Qtde. 58-Vla 59-Tec. 609	Red / Acresc.	61-Valor Unitário	PS 62 Valor Tota	i - RS	- 1
51-Data 52-Hor	ra Inicial 53-Hora Final		odigo do Procedimento	J6-Descrição			1.1.			1 11 1 1 1 1	باللا اللا	
	;;						1 1 1	11 11 1	1 1 1 11 1			
2-1 /  /   '	إكانا فالكانات			<u> </u>					ـــالـــــــــــــــــــــــــــــــــ		طساحاكا لكاسانك	
3-[////	a										المالا	
	الساسا ه الساسا: لسل			<u> </u>  .			1.1	11 11 1			للسلسا لياليا	
s-	:	لالله اللها	\	<u> </u>								
		1		. 3								
				1			-					
	-77	Property.	Married C	4. 1.	7,500	***************************************	- Saladese			4.1 1	N 1 N 1 -	
63-Data e Assinatura de Procedimentos e	im sene	3.1 + VI	<u> </u>		5	Ш		NLN_L				
1- //		1 1 1/1	1 1/1 1 1		6////_		8		ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	10	NN	- 4
2-1 /\ /\  —												14
	WO THE STATE OF TH	Ki									000	
64 - Observação	1.	10, 108,								<del>-</del>		
de la company of the second se	/ :	Ite malo		and the second s								
	No	JUN BON			760 7 11		69 - Total Diárias R\$		70 - Total Gases	Medicinais R\$	71 - Total Geral da Gula R\$	
65 - Total Procedimentos RS	As sout Thous get	South Design	67- Total Materials F	R\$	68 - Total Medicamentos RS	V	H		10 00 00 00	1 107 17 12 124 17	Allere e e e	ا الماليان
65 - Total Frocesimentos Pa	Toediv	N. IIII										
	- Charles		- Data e Assinatura do Respo	onsável pela Autorização	(	88-Data e Assinatu	ira do Beneficiário ou Responsáv	rel		89- Data e Assinatura do Pre		
86 - Data e Assinatura do Solicitante	•	*/	1 1/1 1 1/1			L_L/L_I	/			L_L/L_//L_		
					arago and the second							
74 C Mary 1 - 5 Mary 1 - 5 Mary 1												

#### GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 6 - Data Validade da Senha 7 - Data de Emissão da Gula 1 - Nº Guta Principal 1 - Registro ANS The spirit of the last 12 - Número do Cartilo Nacional de Saúc Dados do Beneficiário 10 - Validade da Carteira 8 - Número da Carteira ANA BEATRIZ BELINI FAGAN LL1/LL1/L John Carles Vol. 1 Dados do Contratado Solicitante 15 - Código CNES 13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF GABRIEL 20 - Código CBO S 18 - RUFINO 17 - Conselho Profissional 15 - Nome do Profissional Solicitante MANOEL The state of the s Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 24 - Indicação Clinica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) 23 - CID 10 22 - Caráter da Solicitação 21 - Data/Hora da Solicitação \_ | E-Eletiva U-Urgência/Emergência 28 Ot Solic. 29-Ot Autoriz. 25-Tabela 26- Código do Procedimento HEMOGRAMA COMPLETO COAGULOGRAMA GLICEMIA UREIA E. C. State 40- Código CNES 37 - UF 38 - Cod. IBGE 33-34-35-Logradouro - Número - Compleme Dados do Contratado Executante 12.T.L 31 - Nome do Contratado 30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 45a - Grau de Participação 41 - Nome do Profissional Executante/Cor 40a Código na Operadora / CPF do exec. complementar Dados do Atrodimento - 1-Retorno 2-Retorno SADT 3-Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito endimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05- Exame 06-Atendimento Domiciliar 07- SADT Internado 08 - Químioterapia 09-Radioterapia 10-TRS-Terapia Renal Substitutiva J 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros Consulta Referência so .Tempo de Doenca 49 -Tipo de Doença A-Anos M-Meses D-Dan \_\_\_ A-Aguda C-Crénica 61 Valor Unitário - RS 54-Tabela 55-Codigo do Procedime 53-Hora Final ╒<del>╎</del>┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈┈ 63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1-\_\_\_//\_\_\_/ Traingologic 71 - Total Geral da Guia R\$ 70 - Total Gases Medicinais RS 69 - Total Diarias RS 65 - Total Medicamentos R\$ 67 - Total Materiais RS 65 - Total Procedimentos R\$ 89- Data e Assinatura do Prestador Executante 86-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização