

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

Unimed
Londrina

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - **GUILHERME ROSSIN GERIBOLLA**

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

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

IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIÁRIAS

28 - **LESÃO DE LABRUM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL**
QUADRIL esquerdo

C

M19.9

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

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01 -

02 -

03 -

04 -

05 -

06 -

07 -

08 -

09 -

10 -

11 -

12 -

TRATAMENTO DE IMPACTO FEMOROACETABULAR

SINOECTOMIA PARCIAL

SUTURA LABRUM

TAXA DE ARTROSCOPIA DO QUADRIL

2 lâminas de shaver ósseo e 1 lâmina shaver partes moles extendidas

BOMBA DE INFUSÃO

2 ANCORAS SOFT (juggernaut) COM FIO HIFI APROPRIADAS PARA QUADRIL

1 OPSITE (STERIL DRAPE)

1 EQUIPO 10K

1 Ponteira VAPORIZAÇÃO 90º com aspiração

1 KIT CÂNULAS

2 FIOS HI-FI PARA SUTURA DA CÁPSULA

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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização