ALEXSANDRA.

Unimed Londrina

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 343269

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: 0187 000 000 327065 7

8 - Validade da Carteira: __/__/____

9-Atendimento a RN:

50 - Nome Social: HENRIQUE MIGUEL SASSI DAL PRA

10 - Nome:

Dados do Profissional Solicitante

12 – Código na Operadora: DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA

13 - Nome do Contratado: CRM 19475 PR

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: u

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: fratura desviada da diáfise da clavícula esq

29-CID 10 Principal (Opcional): s42.0

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-		30717108	tratamento cirurgico de fratura da clavicula placa bloqueada clavicula + parafusos	1	
02-					
03-			FIO DE CERCLAGEM 0,8	1	
04-					
05-					
06-					
07-					
08-					
09-					
10-					
11-					
12-					

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar: __/__/____

40 - Qtde. Diarias Autorizadas:

41 - Tipo da Acomodação Autorizada:

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado:

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado:

44 - Código CNES:

45 – Observação / Justificativa:

Dr. Daniel F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TEOT 9918

46-Data da Solicitação: __/__/____

47-Assinatura do Profissional Solicitante:

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável:

49-Assinatura do Responsável pela Autorização: