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: 0005 000003531480

8 - Validade da Carteira: __/__/____

9-Atendimento a RN:

50 - Nome Social:

10 - Nome: Elton Pereira

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: Uniortho

21 - Data sugerida para internação: __/__/____

22 - Caráter do Atendimento: E

23-Tipo de Internação:

24 - Regime de Internação:

25 - Qtde. Diárias Solicitadas: 01

26 – Previsão de uso de OPME:

27 – Previsão de uso de quimioterápico:

28 - Indicação Clínica: Ruptura LCA + Menisco medial + Condropatia Joelho D

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-		30733073	Reconstrução LCA	1	
02-		30733065	Reparo menisco medial menisco	1	
03-		30733048	Osteocondroplast.	1	
04-		30731216	Transposição de mais de 1 tendão	1	
05-			Taxa de vídeo	1	
06-					
07-					
08-					
09-			Torniquete	1	
10-			Parafuso de interferência absorvível	1	
11-			Lâmina de shaver	1	
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:

46-Data da Solicitação: __/__/____

47-Assinatura do Profissional Solicitante: Guilherme J. M. Piovesana, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia do Joelho, CRM-PR 30165 / SBOT 14548

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável: Elton Pereira

49-Assinatura do Responsável pela Autorização: