

QUER OPERAR NOVE MÊSES - 99919

Unimed
Londrina

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**

2 - Nº Guia no Prestador

2203

SA ESTA
el PRE-OPS

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

005.000.000.9953.666

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

ROBSON DUARTE SILVA

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Dr. Joao Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

Dr. Joao Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

UNORTE

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

OL

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

LESÃO LCA, LAL, LESÃO MENISCO
e CARTILAGEM DUBO

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-	30533073	LCA		
02-	30531216	EXTERNO TENDÃO		
03-	305246190	LAL		
04-	30531216	EXTERNO TENDÃO		
05-	30533065	LESÃO MENISCO		
06-	30533049	OSTEOCENÓTIPLASTIA		
07-				
08-		1 SAAVED, RADIOFREQUÊNCIA,		
09-		PARAFUSO INTER. BIO,		
10-		ÂNCORA SUGGERNOT,		
11-		3 KIT SUPRA MENISCO		
12-		ENDO BOTTOM		

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 do Profissional Solicitante

Dr. Joao Paulo F. Guerreiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização