

Unimed 
 Londrina

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**

2 - Nº Guia no Prestador

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

9.75 9.00 500 5 11 700 6

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social
CRISTINA MARIA ARANDA MACHADO

10 - Nome

Dados do Contratado 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 de Informação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caracter do Atendimento

fratura-luxação cotovelo ESQ

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 - Necessário Tratamento Cirúrgico e

+ NEUROLISE NERVO ULNAR ESQ

POR NEUROPRAXIA

a 1 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 Serviços Assistenciais Solicitados

34 - Tabela

35 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial

36 - Descrição

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01	3.07.19.02-0	Fraturas e/ou luxações - tratamento cirúrgico		
02	3.14.03.28-0	Artroplastia cabeça do rádio com implante		
03		Neurolise das síndromes compressiva		
04				
05		placa BLOQUEADA OLECRANO/parafusos		1
06		protese cabeça radio		1
07		PLACA DE MINI-MICRO FRAGMENTOS		01
08		6M REIS - ANTHROM		
09				
10				
11				
12				

Dados de 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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização