

93802 766

Logo da Empresa

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2- Nº 123456789012

1 - Registro ANS	3 - Data da Solicitação	4 - Senha (quando se aplica)	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
	___/___/___		___/___/___	___/___/___

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Nome	10 - Número do Cartão Nacional de Saúde
0050000040725432	___/___/___	Adelaide Batista do Nascimento	

Dados do Contratado Solicitante

11 - Código do Contratado na Operadora	12 - Nome do Contratado	13 - Nome do Profissional Solicitante	14 - Conselho Profissional	15 - Número no Conselho	16 - UF	17 - Código CBO S
		Dr. Guilherme Rufini Isolani Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Quadril CRM-PR 31666				

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora	19 - Nome do Hospital/Clinica	20 - Data sugerida p/ Internação
	UNIONTE	___/___/___

21 - Caráter da Internação	22 - Tipo de Internação
<input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica

23 - Regime de Internação	24 - Qtde. Diárias Solicitadas
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2

25 - Indicação Clínica
COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATARIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITACAO FUNCAO DO PACIENTE

Hipóteses Diagnósticas

26 - Tipo Doença	27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	28 - Indicação de Acidente	
<input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	___ - ___ A - Anos M - Meses D - Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Não se aplica	
29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)
M16.9	R52.9		

Procedimentos Solicitados

33 - Tabela	34 - Código do Procedimento	35 - Descrição	36 - Qtde. Solic	37 - Qtde. Aut
1-___	3107214051-18	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: QUALQUER TECNICA OU VERSAO	___	___
2-___			___	___
3-___			___	___
4-___		PROTESE TOTAL DE QUADRIL NAO CIMENTADA:	___	___
5-___		ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR	___	___
6-___		LINER ACETABULAR POLIETILENO CROSSLINKED	___	___
7-___		HASTE FEMUR NAO CIMENTADO	___	___
8-___		CABECA FEMORAL CERAMICA	___	___
		02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEAVEL DESCARTAVEL	___	___

Dados da Autorização

38 - Data Provável da Admissão Hospitalar	39 - Qtde. Diárias Autorizadas	40 - Tipo da Acomodação Autorizada	41 - Código / Registro do Contratado na Operadora	42 - Nome da Unidade de Internação Autorizada	43 - Código CNES
___/___/___	___	___	___		

44 - Observação

45 - Assinatura do Médico Solicitante	46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	47 - Assinatura do Responsável pela Autorização
Dr. Guilherme Rufini Isolani Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Quadril CRM-PR 31666		

Nome: ADELAIDE BATISTA DO NASCIMENTO
Data de nascimento: 09/12/1943

Exame: UNIMED - BC - CF D/E
Data do exame: 11/10/2023 11h39

RADIOGRAFIA DA BACIA

Análise:

Coxa profunda bilateral.

Tetos acetabulares proeminentes.

Leve redução do espaço articular e osteófitos marginais no quadril direito.

Leve redução do espaço articular e osteófitos marginais no quadril esquerdo.

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

Análise:

Teto acetabular proeminente.

Leve redução do espaço articular e osteófitos marginais no quadril.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

Nome: ADELAIDE BATISTA DO NASCIMENTO
Data de nascimento: 09/12/1943

Exame: UNIMED - BC - CF D/E
Data do exame: 11/10/2023 11h39

RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO

Análise:

Teto acetabular proeminente.

Leve redução do espaço articular e osteófitos marginais no quadril.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

**DECLARAÇÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS OU CIRURGIÃO
DENTISTA**



Eu, ADELAIDE BATISTA DO NASCIMENTO portador do CPF: 01459036999 com cédula de identidade nº: 1824387, devidamente matriculado na UNIMED LONDRINA por meio do número do cartão de identificação: 0050000040725432.

Declaro para os devidos fins que, por livre e espontânea vontade, decidi realizar na data de 19/01/2024 o seguinte procedimento: ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATAMENTO CIRURGICO com código em tabela CBHPM: 30724058 com profissional particular e equipe por ele indicada (incluindo tais como anestesista, auxiliares, instrumentador, intensivista, pediatra e etc.). Por esse motivo, declaro que **suportarei e assumirei, integralmente, todas as despesas referentes aos profissionais médicos contratados de forma particular que não façam parte da rede credenciada / cooperada / contratualizada da Unimed Londrina, tendo total ciência de que não receberei nenhum tipo de reembolso referente ao procedimento realizado e se houver necessidade de realizar algum outro procedimento/tratamento decorrente do procedimento solicitado, eu assumirei a continuidade dos pagamentos dos honorários médicos de forma particular, se o médico/recurso, não pertencer a Rede Contratada / Credenciada da Unimed.** Por fim, isento a Unimed Londrina de qualquer responsabilidade em relação a quaisquer honorários cobrados em caráter particular.

Londrina 19 de Janerio de 2024.

Adelaide Batista do Nascimento

Assinatura

Código: RQU.ATD.010	Versão: 3	Data da criação: 01.12.2017	Data da versão: 17.11.2022
Elaborado por: BKF- Magda Batista de Oliveira	Revisado por: GPD- Jessica Lovo	Aprovado por: ATD- Marcia Casarini	Data da próxima revisão: 09.11.2024

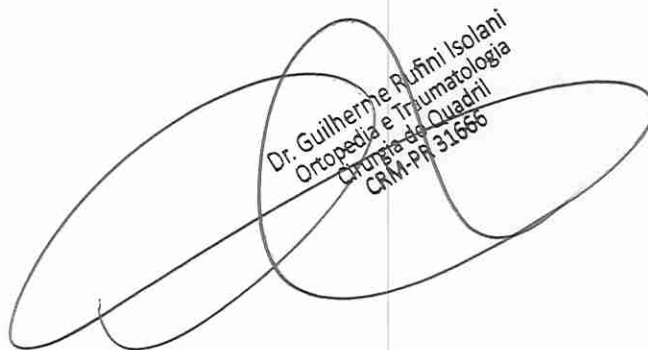
Ao convenio Unimed,

Referente a cirurgia do paciente **ADELAIDE BATISTA DO NASCIMENTO**

Comunico a este estimado convenio a minha renuncia ao Honorário Medico de cirurgião que normalmente são pagos pelos serviços prestados aos profissionais da saúde credenciados a este convenio o que faço por razoes de cunho pessoal e por não ser credenciado.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Dr. Guilherme Rufini Isolani
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PR 31666