

98414-8927 - Enf.

99688-9050 - RX

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

865000158 328 101 4

8 - Validade da Carteira

/ /

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

PATRICIA DE OLIVEIRA SILVA VILLAS BOAS

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 da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

/ /

22 - Descrição 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

FRATURA UMERU DIAFISE PROXIMAL D

28 - Anamnese

ARTROTOMIA
NEUROLISE NERVO RADIAL D

A

1 D

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M75.1

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

FRATURA UMERU PROXIMAL - TRATAMENTO CIRURGICO

37 - Qtde Solic

38 - Qtde Aut

01- 30717108 3.14.03.12-3

Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)

1

02- 30717019

ARTROTOMIA OMBRO

1

03-

04-

PLACA BLOQUEADA PARA UMERU PROXIMAL longa (Arthrom)

1

05-

06-

07-

08-

09-

10-

11-

12-

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. Daniel F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 19475 TE01 9918

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização