

# 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   3   4   3   2   6   9     3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora   6 - Data de Validade da Senha   6 - Data de Validade da Senha   7 - Número da Carteira   9 - Atendimento a RN   5 - Senha   6 - Data de Validade da Senha   7 - Número da Carteira   9 - Atendimento a RN   5 - Senha   6 - Data de Validade da Senha   7 - Número da Carteira   9 - Atendimento a RN   5 - Senha   7 - Número da Carteira   9 - Atendimento a RN   7 - Vina
Dados do Beneficiário   S - Número da Carteira   S - Validade da Carteira   S - Atendimento a RN
Dados do Beneficiário  7 - Número da Carteira EDSON PEREIRA DOS SANTOS  50 - Nome Social  10 - Nome  Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Opárdorael Leite de Pinho Tavares  Ortopedia e Traumateloga  14 - Nome do Profissional Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Opárdora / CNPJ  Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  5
Dados do Contratado Solicitante  10 - Nome  Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Opératoria Elizado Pados da Internação  13 - Nome do Contratado  15 - Conseiho Profissional  16 - Número no Conseiho Profissional  17 - UF Profissional  18 - Código CBO  18 - Código na Operador a / CNPJ  20 - Nome do Hospital / Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação  22 - Caráter do Atendimento DOR; INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIF CULDADE PARA DEAMBULAR.
7 - Número da Carteira EDSON PEREIRA DOS SANTOS  50 - Nome Social  10 - Nome  Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Opératorael Leite de Pinho Tavares  Ortopedia e Traumateloga  14 - Nome do Profissional Solicitado / Dados da Internação  15 - Conselho Profissional  16 - Número no Conselho Profissional  17 - UF 18 - Código CBO  18 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação  22 - Caráter do Atendimento  DOR, INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIFI CULDADE PARA DE MBULAR.
50 - Nome Social  10 - Nome  Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora de l'eite de Pinho Tavares  13 - Nome do Contratado  14 - Nome do Profissional Solicitado / Dados da Internação  15 - Conselho Profissional  16 - Número no Conselho Profissional  17 - UF 18 - Código CBO  18 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação  5 4 - Regime de Internação  22 - Caráter do Atendimento DOR, INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.
50 - Nome Social  10 - Nome  Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operadora de l'eite de Pinho Tavares  13 - Nome do Contratado  14 - Nome do Profissional Solicitado / Dados da Internação  15 - Conselho Profissional  16 - Número no Conselho Profissional  17 - UF 18 - Código CBO  18 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação  5 4 - Regime de Internação  22 - Caráter do Atendimento DOR, INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operatoria el Leite de Pinho Tavares  13 - Nome do Contratado  14 - Nome do Profissional Solicitado / Qados da Internação  15 - Conselho Profissional  16 - Número no Conselho Profissional  17 - UF  18 - Código CBO  19 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação  5 - Quado Solicitado  22 - Caráter do Atendimento DOR, INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.
Dados do Contratado Solicitante  12 - Código na Operatoria el Leite de Pinho Tavares  13 - Nome do Contratado  14 - Nome do Profissional Solicitado / Dados da Internação  15 - Conselho Profissional Internação  19 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação  5 - Quadra de Junta de
13 - Nome do Contratado  14 - Nome do Profissional Solicitado / Dados da Internação  15 - Conselho Profissional  16 - Número no Conselho Profissional  17 - UF 18 - Código CBO  19 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação  5 4 - Previsão de uso de OPME  22 - Caráter do Atendimento DOR, INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIF CULDADE PARA DEAMBULAR.
13 - Nome do Contratado  14 - Nome do Profissional Solicitado / Dados da Internação  15 - Conselho Profissional  16 - Número no Conselho Profissional  17 - UF 18 - Código CBO  19 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação  5 4 - Previsão de uso de OPME  22 - Caráter do Atendimento DOR, INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIF CULDADE PARA DEAMBULAR.
14 - Nome do Profissional Solicitado / Qados da Internação  15 - Conselho Profissional  16 - Número no Conselho Profissional  17 - UF  18 - Código CBO  19 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação  22 - Caráter do Atendimento DOR, INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIF CULDADE PARA DEAMBULAR.
14 - Nome do Profissional Solicitado / Dados da Internação  15 - Conselho Profissional  16 - Número no Conselho Profissional  17 - UF  18 - Código CBO  19 - Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  5 4 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  21 - Data sugerida para internação  22 - Caráter do Atendimento DOR, INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIF CULDADE PARA DEAMBULAR.
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação  19- Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  5 & DOR DIF CULDADE PARA DEAMBULAR.
20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  5 4 DOC COD COD COD COD COD COD COD COD COD
19- Código na Operadora / CNPJ  20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  5 & DOR INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIF CULDADE PARA DEAMBULAR.
22 - Caráter do Atendimento DOR, INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIF CULDADE PARA DEAMBULAR.
22 - Caráter do Atendimento DOR INTENSA no QUADRIL ESQUERDO COM DIF CULDADE PARA DEAMBULAR.
DOR INTENSA NO QUADRIL ESQUERDO COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.
28 - Indi naciente com limitação de amplitude de movimento,
1
C C
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 Assistentiais Stitutados ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)
Procedimentos ou Itens Assistencia Solicitados ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (QUALQUER TECNICA OU VERSAO)  34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
Item Assistencial
O1-
LINER DE POLIETILENO CROSSLINKED
03-1         PROTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA
04-           ACETABULO SEM CIMENTO REVESTIDO EM MALHA DEITITÂNIO
05-1
06-
07-  1               2 DOSES DE CIMENTO, KIT DE CIMENTAÇÃO
08-1
09-L
10-
10-
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código CHENTEGO ATIMO QUEZNE CESSITA REALIZARO ROTES ECODE QUEADRIL, POUCAS COMORBIDADES.  44 - Código CNES
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código CHENTEGO ATIMO QUEZNE CESSITA REALIZARO ROTES ECODE QUEADRIL, POUCAS COMORBIDADES.  44 - Código CNES
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código GLEANTE COMORBIDADES.  42 - CÓDIGO GLEANTE COMORBIDADES.  LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  40 - Qtde. Diarias Autorizadas  41 - Tipo da Acomodação Autorizada  42 - Código GLEANTE COMORBIDADES.  42 - CÓDIGO GLEANTE COMORBIDADES.  LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada 41 - Tipo da Acomodação Autorizada 42 - Código GLEANTEGO ATIMO QUEZNE CESSITA REALIZAR PROTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA 44 - Código CNES LIBERAR PREFERENCIALMENTE, PRÓTESE COM DURABILIDADE AUMENTADA



Nome: EDSON PEREIRA DOS SANTOS

Data de nascimento: 12/05/1963

Exame: UNIMED - BC - CF D/E Data do exame: 27/02/2023 14h42

## RADIOGRAFIA DA BACIA

### Análise:

Coxa profunda bilateral.

Artropatia degenerativa no quadril esquerdo, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Articulações sacro-ilíacas preservadas.

Sínfise púbica de aspecto habitual.

# RADIOGRAFIA DO QUADRIL DIREITO

#### Análise:

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.

# RADIOGRAFIA DO QUADRIL ESQUERDO

Dr. Rodrigo Massao Fujii CRM / PR 33789

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná

www.uniorte.com.br

pág. 1/2



Nome: EDSON PEREIRA DOS SANTOS Data de nascimento: 12/05/1963

Exame: UNIMED - BC - CF D/E Data do exame: 27/02/2023 14h42

### Análise:

Artropatia degenerativa no quadril esquerdo, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas.

Dr. Rodrigo Massao Fujii CRM / PR 33789

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná

www.uniorte.com.br