

Unimed Londrina		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2 - Nº Guia no Prestador	
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 _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____		9 - Atendimento a RN ____	
10 - Nome Alzair Vinícius de Almeida e Silva		11 - Cartão Nacional de Saúde _____			
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____			
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 - Caráter 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 ____
28 - Indicação Clínica Osteoartrite dissente em joelho bilateral Apresenta tumefação e joelho bilateral - traço instável osteocondral bilat.					
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- _____	_____	Osteocondroplastia	2	_____	
02- _____	_____	Sinovectomia	2	_____	
03- _____	_____	Traço de vídeo	1	_____	
04- _____	_____	_____	_____	_____	
05- _____	_____	_____	_____	_____	
06- _____	_____	_____	_____	_____	
07- _____	_____	_____	_____	_____	
08- _____	_____	_____	_____	_____	
09- _____	_____	Lâmina de shaver	1	_____	
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 Guilherme J. M. Piovesan Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do joelho CRM-PR 30165 / SBO 14548		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	
				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	