GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador Unimed & DE INTERNAÇÃO 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3,4,3,2,6,9 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha 1/1_1_1/1_1_1_1 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira DO10018326 9-Atendimento a RN ___//____// 50 - Nome Social 10 - Nome EVERE MOISES REAL Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 15 - Conselho 16 - Número no Conselho 17 - UF 18 - Código CBO CR Vofission 19475, PR Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação 19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - Data sugerida para internação 1/1 1/1 1 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 LESAO DO MANGUITO ROTADOR ESQ NECESSITANDO REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA 30 - CID 10 (2) (Opcional) 29-CID 10 Principal (Opcional) 31 - CID 10 (3) (Opcional) 32 - CID 10 (4) (Opcional) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) Procedimentos du Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut Item Assistencial 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR ___1_1 30735033 ACROMIOPLASTIA 1 1 1 1 111 30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS 1 1 1 30735084 RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA 1 1 1 1 ANCORA juggerknot C/2 FIOS 1 3 PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA) 1_1_2_1 RADIOFREQUENCIA monopolar __1_ **EQUIPO 4 viaS CANULA ARTROSCOPICA** 1 1 1 1 AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA 1.1 TAXA DE VIDEO Dados da Autorização 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias 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 Professional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização