				A	WYSANDR
Unimed 12	GUIA DE SOI DE INTER	LICITAÇÃO NAÇÃO	2 - Nº Guia no Presta		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela	a Operadora				
4 - Data da Autorização 5 - Senha			6	– Data de Validade	4-0-1
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira OCO DE PRANCIELE AUGUSTA VAINE 50 - Nome Social	1342	8 - Validade da Carte		9-Atendimento a F	IN .
10 - Nome					
DadoDANIELaFERREIRA: FERNANDES VIEIRA					
12 - Código na Operadora	3 - Nome do Contratado	RM	194	75 PR	
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselho	16 - Número no Conse	Alb e		
	Profissional	L	ino L. I. I. I. I. I. I. I.	17 - L	JF 18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação					
19- Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/Local S	olicitado		21 - Data su	igerida para internação
<u> </u>		mert		11 171	_ /
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Regi	me de Internação 25 - Qtde. Dia	árias Solicitadas 26 –	Previsão de uso de OF		de uso de quimioterápico
28 - HIXAÇÃO ACCOMioclavicular esq					
necessitando tratamento cirurgico +					
ressecção lateral clavicula					
					2
					4
					÷
\$43.1 29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31					
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional) 31	- CID 10 (3) (Opcional) 32 - C	D 10 (4) (Opcional)	33 - Indicação de Acide	ente (acidente ou de	pença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			1		
34-Tabela 35 - C360701d7 PGSedimento ou + 254 Do	aosiaãos atmustrativos			Winds to the state of	
Item Assistencial	rento cirurgico delux	ação acromiocla	avicular	37 - Qtde Solic	38 – Qtde Aut
01-1	ção lateral clavicula			1	
⁰²⁻				LLL 1	
03-					
18.					
6-					
7-1					
				ا لــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	
				ا لــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	
				i	
2-					
9 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias	Autorizadas 41 - Tipo da Ac	omodação Autorizada	Daniel Street		
		, , www.radd			
2 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43	- Nome do Hospital / Local Auto	rizado			ádias CNEC

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

45 - Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

Dr. Danie

47-Assinatura do Profissional Solicitante