		01114 000			VIE	SANDRS
Unimed #	(GUIA DE S	OLICITAÇĂ ERNAÇÃO	O 2 - N° Guta no Pre-	stardor	
Londrina		DE 11411	LKNAÇAO			
1 Poster Ave						
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atr	ribuido pela Operad	lora				
3,4,3,2,6,9						
4 - Data da Autorização 5 - S	enha					
Dado Cd Chan (report to					6 - Data de Valid	ade da Senha
Dado ELENA FERREIRA LIMA						
7 - Numero da Carteira						
1900 5 900 900 13	1.x.345		8 - Validade da		9-Atendiment	0 a RN
50 - Nome Social						
10 - Nome						
DANIEL FERREIRA FERNANDES	S VIEIRA	CRIV	1			
Dados do Contratado Solicitante		CKIV	I		194	75 PR
12 – Código na Operadora	13 - Nom	ne do Contratado				
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Consell	o 16 - Número no	Conselle		
		Profissi	onal			7 - UF 18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Inte	ernação					
19- Código na Operadora / CNPJ		ome do Hospital/Lo	cal Solicitada			
FRATURA DIAFISE umero D						ta sugerida para internação
NECESSITANDO OSTEOSSINTE 22 Carater do Atendimento 23 filo de Imeriação NEUROLISE NERVO RADIAI	SE 24 - Regime de l	nternacia 25 Oct	- BU-L - B - B - B - B - B - B - B - B - B -	15-		
NEUROLISE NERVO RADIAL		mernação 25 - Qtd		26 - Previsão de uso de	OPME 27 - Pres	risão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica						
A 2 D						
1475 1						
M75.1						
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional)	ional) 31 - CID 1	0 (3) (Opcional)	12 - CID 40 (4) (Opelor	ion las totals		
30718058 FRATUR	A DIAFISE UN	AERO d - TRA	TAMENTO CIR	33 - Indicação de A	cidente (acidente	ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	ão cirúrgica	de nervo (ne	urólise externa			1
34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou	36 - Descrição			-1	37 - Qtde	Solic 38 - Qtde Aut
Item Assistencial					37 - Qtoe	sonc 38 - Qtde Aut
05-	PLACA BI	OOLIEADA	DADALINAEDO	2 222011111111		
02	CAA DEIG	LOQUEADA	PARA UMERO	O PROXIMAL LO	NGA	1
02-	GM REIS	-				
×						
6	1					
	J					
	1					
	1					
	1					
4-11-11-11-1						
	-					
the state of the s						
Pados de Autorização						L_L_L
	itde. Diarias Autoriz	adas 41 - Tipo	da Acomodação Auto	ortrada		
2 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	[43 - Nome	do Hospital / Loca	Autorizado			AA - Cadina Care a
						44 - Cádigo CNES
5 - Ohserveção / Justificativa						
And the same of th	1					
	niet I View					
Colonia	Cancerding	gis.				
6-Data da Solicitação 47-Abbilidados	do medicade a spir	Mánte	46 Assinatura do Ba	neficiário ou Responsável	49-Assinatura	lo Responsável pela Autorização
	1 3					
-					1	