9 9866.3103 (Loiny Sills) GUIA DE SOLICITAÇÃO 2-Nº Guia no Prestador

Unimed #\tau	DE INTERNAÇÃO			
Condina				
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído p	pela Operadora			
[3,4,3,2,6,9]				
4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 Data de Validade da Senha				
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira				
900 2 000 1 00 1 2 7	345	8 - Validade da C	arteira 9-	Atendimento a RN
50 - Nome Social				
10 - NoDIORAZIL BAIZE				
Dados do Contratado Solicitante				
12 – Código na Operadora	13 - Nome do Contratado	and the second second	Law Designation	
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 15 - Conselho CRIM-rofissional 16 - Número no Conselho 19475 18 - Código CBO				
	RA CR M rofis	sional		19475 PR 18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação				
19- Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/L	ocal Solicitado		21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - R				
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - R	egime de Internação 25 - Qt	de. Diárias Solicitadas	26 – Previsão de uso de OPM	E 27 – Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica 2 1	2		<u> </u>	
LESAO DO MANGUITO ROTADOR E	SQ NECESSITANDO	REPARO		
SINDROME DO IMPACTO NECESSITA				
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS I				
ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR			CLAVICIII A	
		L DE NESSECÇAC	CLAVICOLA	
29-CID 10 Principal (Opcional) 30 - CID 10 (2) (Opcional)	34 - CID 40 /3) (One-in-ent)			
	31 - CID 10 (3) (Opcional)	32 - CID 10 (4) (Opcional)	33 - Indicação de Acident	e (acidente ou doença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
0.4 7.4	Descrição			37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
01-			1.00	
30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR				
30735033 ACROMIOPLASTIA				
4-LIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII				
5-LIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII				
ANCORA juggerknot C/2 FIOS				
PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)				
	ADIOFREQUENCIA	monopolar		
EQUIPO 4 viaS				
	ANULA ARTROSCO			
	GULHA FLEXIVEL PA	ARA PASSADOR D	DE SUTURA	
ados da Autorização	AXA DE VIDEO			
T W 2004 (A) 1909	ias Autorizadas 41 - Tipo	da Acomodação Autoriz	ada	
2 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES				
5 – Observação / Justificativa				
- Cuservação / Justificativa	1			
Dr. De	iniei F. F. Vieiro			
Ortopéd	lia e Traumatologia			
-Data da Solicitação 47-Assinatura do Profis	19475 TEOT 9918	48-Assinatura do Benefi	ciário ou Responsávol	Assinatura do Responsável pela Autorização