Unimed A			SOLICITAÇÃO ERNAÇÃO	2 - Nº Guia no Prestador	
Londrina		DE INT	ERNAÇAO		
1 - Registro ANS 3 - 3 - 4 3 2 6 9	Número da Guia Atribuído pe	la Operadora			
4 - Data da Autorização	5 - Senha			6 – Data	de Validade da Senha
1					
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira			8 - Validade da Cart	eira 9-Ate	ndimento a RN
				1/	
50 - Nome Social					
10 - NCELIO CARLOS MONTEMEZZO					
Dados do Contratado Solicitano 12 - Código na Operadora	te	13 - Nome do Contratado			
14 - Nome do Profissional Solic DANIEL FERREIRA	citante	15 - Conse			17 - UF 18 - Código CBO
DANIEL FERREIRA	FERNANDES VIEIRA	A CRMProfis	sional	19	475 PR
Dados do Hospital /Local Solici	itado / Dados da Internação				
19- Código na Operadora / CNP	'n	20 - Nome do Hospital/I	Local Solicitado		21 - Data sugerida para internação
22 - Caráter do Atendimento	23-Tipo de Internação 24 - Ro	egime de Internação 25 - Q	tde. Diárias Solicitadas 26	- Previsão de uso de OPME	27 – Previsão de uso de quimioteráp
28 - Indicação Clínica	2 1	2		-	
LESAO DO MANGUITO ROTADOR D NECESSITANDO REPARO					
SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA					
TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA					
ARTROPATIA ACR	OMIOCLAVICULAR	COM NECESSIDAD	E DE RESSECÇÃO C	CLAVICULA	
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)
N475 1				L	
	enciais Solicitados Procedimento ou 36	- Descrição			37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut
Item Assis		Descrição			37 - Qide Solic 36 - Qide Adi
01-	30735068 RI	IPTURA DO MANG	LITO ROTADOR		
30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR 30735033 ACROMIOPLASTIA					
04- 30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS					
05-		SSECÇÃO LATERAL			
06-		CORA juggerknot C/2 FIO			
07-		NTEIRA SHAVER (MO			
08-		DIOFREQUENCIA			
09- _			especialistic de la compania del compania del compania de la compania del la compania de la compania del la compania de la com		
10- _	CA	NULA ARTROSCOF	PICA		
11-	_ _ _ AG	ULHA FLEXIVEL PA	RA PASSADOR DE	SUTURA	
12-					
39 - Data Provável da Admissão	Hospitalar 40 - Qtde. Dia	arias Autorizadas 41 - T	ipo da Acomodação Autoriz	ada	
42 - Código na Operadora / CN	PJ autorizado	43 - Nome do Hospital / L	ocal Autorizado		44 - Código CNES
		h			
45 - Observação / Justificativa	/				

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49-Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Daniel E. F. Vieira

47-Asinaprada e fraimatologus

CRM/PR 19475 TEOT 9918

46-Data da Solicitação