GUIA DE SOLICITAÇÃO Unimed A 2 - Nº Guia no Prestador 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 Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira QQQ 5 QQQ QQQ 17,23378 9-Atendimento a RN 1/1_1 1/1 50 - Nome Social 10 - Nome EUNICE MIRIAN MIONI Dados do Contratado Solicitante 12 – Código na Operadora 13 - Nome do Contratado 14 - Nome do Profissional Solicitante CRM Profissions 16 - Número no Conselho 19475 PR7-UF DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA 18 - Código CBO Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação 19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - Data sugerida para internação 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 D NECESSITANDO REPARO SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS POR TENDINOPATIA ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR COM NECESSIDADE DE RESSECÇÃO 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) Proceding pajou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição Item Assistencial 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR 30735033 ACROMIOPLASTIA ___1__1 30735092 TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS ANCORA juggerknot C/2 FIOS PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA) RADIOFREQUENCIA monopolar **EQUIPO 4 viaS** CANULA ARTROSCOPICA AGULHA FLEXIVEL PARA PASSADOR DE SUTURA 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

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

Or Daniel F. F. Vieira

47-Assinatura do Profissional Selicitante (CRM/PR 1947)

46-Data da Solicitação