GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador Unimed 1 DE INTERNAÇÃO 1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3,4,3,2,6,9 4 - Data da Autorização 6 - Data de Validade da Senha 5 - Senha Dados do Beneficiário 9-Atendimento a RN 8 - Validade da Carteira 000 5 000 00 32P 4554L ____//___// 50 - Nome Social edro Alves do fitre Botista Dados do Contratado Solicitante 13 - Nome do Contratado 12 Código na Operadora 16 - Número no Conselho 14 - Nome do Profissional Solicitante 18 - Código CBO Profissional Lolu'a ue Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação 18- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - Data sugerida para internação HEL 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 Peter tota parisia espastica el lucação quadrilde subluxe do quadril esq 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) 682.4

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 – Qtde Aut
11- 3072419-8 Robins quadril	1	
02-1		
03-1 30,73,120,8, Tenotouia Sewi tendenes	106	
041 1 1 1 1 1 1 1 1 gracil, e sever num Granoso,		
05-1 Silotual		
06-		
07-		
08- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
09-1 paraguso (bilatual)		
10		
11- Reserva Songue		
12. Reserva sangue		
Dados da Autorização		
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diarias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada		

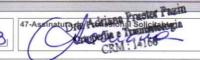
43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

Evangelico

46-Data da Solicitação
1 8 // 1 2 / 20 2 3

45 – Observação / Justificativa

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado



48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

44 - Código CNES