

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____
4 - Data da Autorização ____/____/____	5 - Senha _____
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 00320000082872787	8 - Validade da Carteira 31/03/2024	9 - Atendimento a RN N
50 - Nome Social _____		
10 - Nome Maria Gorete Nicotete Ribeiro		

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado Unimed
14 - Nome do Profissional Solicitante Cesar Eduardo	15 - Conselho Profissional CRM
16 - Número no Conselho 223413	17 - UF PR
18 - Código CBO _____	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ _____	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado Unimed	21 - Data sugerida para internação ____/____/____
22 - Caráter do Atendimento C	23 - Tipo de Internação U	24 - Regime de Internação C
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 10	26 - Previsão de uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico L

28 - Indicação Clínica

Do e deformidade Halux B com limitação.

Receber

29 - CID 10 Principal (Opcional) M205	30 - CID 10 (2) (Opcional) _____	31 - CID 10 (3) (Opcional) _____	32 - CID 10 (4) (Opcional) _____	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) L
---	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

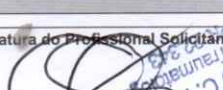
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- _____	30728101	Tto Halux B e deformidade	01	_____
02- _____	_____	Tenoplastia de Tendo	01	_____
03- _____	30731224	Muleta sem	01	_____
04- _____	_____	aparelho de monomão	01	_____
05- _____	_____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____	_____
07- _____	_____	_____	_____	_____
08- _____	_____	_____	_____	_____
09- _____	_____	_____	_____	_____
10- _____	_____	_____	_____	_____
11- _____	_____	_____	_____	_____
12- _____	_____	_____	_____	_____

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	40 - Qtde. Diárias Autorizadas _____	41 - Tipo da Acomodação Autorizada _____
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____	44 - Código CNES _____

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante 	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	--	---	--

Nome: MARIA GORETE NICOLETTE PEREIRA
Data de nascimento: 21/12/1968

Exame: UNIMED - PES
Data do exame: 08/05/2023 18h23

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Leve hálux valgo interfalângico.

Navicular acessório.

Leve redução do espaço articular e osteófitos marginais na articulação 1º metatarso-falangeana.

Entesófito posterior no calcâneo.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Análise:

Leve hálux valgo interfalângico.

Navicular acessório.

Leve redução do espaço articular e osteófitos marginais na articulação 1º metatarso-falangeana.

Entesófito posterior no calcâneo.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

pág. 1/2



Nome: MARIA GORETE NICOLETTE PEREIRA
Data de nascimento: 21/12/1968

Exame: UNIMED - PES
Data do exame: 08/05/2023 18h23

Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

pág. 2/2

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná
www.uniorte.com.br