.ALTYSANDING.

## GUIA DE SOLICITAÇÃO 2 - Nº Guia no Prestador

| Unimed 2  Londrina   | A                                       | DE                     | INTERNAÇÃO                     | 2 - Nº Guia no Prestac      | for   |
|--|---|------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|
| 1. Pariety ANG   |   |                        |                                |                             |   |
| 1 - Registro ANS<br>3   4   3   2   6   9  | 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   | 000 0.499                               | 032                    | 8 - Validade da                | a Carteira                  | 9-Atendimento a RN                          |
| 50 - Nome Social   | 909 01 1 11                             | VIDA                   |                                |                             |   |
|  |   |                        |                                |                             |   |
| 10 - Nome  |   |                        |                                |                             |   |
| ANA IRMA ROI   |   |                        |                                |                             |   |
| Dados do Contratado Solicita<br>12 - Código na Operadora   | inte                                    | 13 - Nome do Contr     | totada                         |                             |   |
|  |   | 10 - Nome do Conti     | ratado                         |                             |   |
| 14 - Nome do Profissional So   | licitante                               | 15 -                   | Conselho 16 - Número no        | Consolho                    |   |
| DANIEL FERREI  | RA FERNANDES VIE                        |                        | Profissional                   |                             | 17 - UF 18 - Código CBO                     |
| Dados do Hospital /Local Soli  | icitado / Dados da Internação           | INA                    | CRM                            |                             | 19475 PR                                    |
| 19- Código na Operadora / CN   | IPJ                                     | 20 - Nome do Ho        | spital/Local Solicitado        |                             | 21 - Data sugerida para internação          |
| 22 - Caráter do Atendimento  | 22 Time de later and later              |                        |                                |                             |   |
|  | 23-11po de internação   24 - F          | Regime de Internação   | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas | 26 – Previsão de uso de OP  | ME 27 – Previsão de uso de quimioterápio    |
| 28 - Indicação Clínica   |   |                        |                                |                             |   |
| u  | 2 1                                     | 3                      | 2                              |                             |   |
| FRATURA DIAFI  | SE umero esq                            |                        |                                |                             |   |
| NECESSITANDO   | OSTEOSSINTESE,                          |                        |                                |                             |   |
| NEUROLISE NER  | RVO RADIAL                              |                        |                                |                             |   |
|  |   |                        |                                |                             |   |
| Δ  | 4.5                                     |                        |                                |                             |   |
| 29-CID 10 Principal (Opcional)   | 30 - CID 10 (2) (Opcional)              | 31 - CID 10 (3) (Opcio | nal) 32 - CID 10 (4) (Opcion   | al) 33 - Indicação de Acide | nte (acidente ou doença relacionada)        |
|  |   |                        |                                | 3,000,000                   | nte (acidente ou doença relacionada)        |
| Procedimentos ou Itens Assista<br>34-Tal 475.135 - Código do   | encials Solicitados Procedimento ou 36. | Descrição              |                                |                             |   |
| item Assis   | tencial                                 | Descrição              |                                |                             | 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut               |
| 2-   |   |                        |                                |                             |   |
| 307:   | 18058 FRATURA DIA                       | AFISE PROXIMA          | AL LIMERO TRATAN               | AENTO CIPLIDO CO            |   |
| 3140   | 03123 Exploração c                      | irúrgica de ner        | vo (neurólise extern           | VENTO CIRURGICO             | 1   |
| 5-   |   |                        | - o (ilearonse extern          | la)                         | 1   |
| 5-  _  |   |                        |                                |                             |   |
| 7-  _  | P                                       | LACA BLOQUE            | EADA PARA UMER                 | O PROXIMAL LON              |   |
|  | G                                       | M REIS                 |                                | O I NOXIVIAL LOIN           | GA 1 1 1                                    |
|  |   |                        |                                |                             |   |
| ·  | <del></del>                             |                        |                                |                             |   |
| ·!!!   |   |                        |                                |                             |   |
| ados da Autorização  |   |                        |                                |                             |   |
| ) - Data Provável da Admissão I  |   | ias Autorizadas 4      | 1 - Tipo da Acomodação Autor   | izada                       |   |
|  |   |                        |                                |                             |   |
| - Código na Operadora / CNP  | J autorizado                            | 43 - Nome do Hospita   | II / Local Autorizado          |                             | 44 - Código CNES                            |
| - Observação / Justificativa   |   |                        |                                |                             |   |
| Sustincativa   |   | \                      |                                |                             |   |
|  |   |                        |                                |                             |   |
| Date to the same of the same o | Dr. Domei                               | Vieira                 |                                |                             |   |
| Data da Solicitação  | 47) Assinatura de Prefis                | sional Solicitante     | 48-Assinatura do Bene          | eficiário ou Responsável 49 | -Assinatura do Responsável pela Autorização |
|  | CRM/PR 19475                            | EUT 9918               |                                | 14.                         | , Form Mutorização                          |



Nome: ANA IRMA RODRIGUES Data de nascimento: 17/06/1938

Exame: UNIMED- PA- UMR E (CONTROLE)

Data do exame: 03/02/2024 11h24

## RADIOGRAFIA DO BRAÇO ESQUERDO

## Análise:

Radiografia de controle por fratura no terço distal do úmero, imobilizada com órtese gessada.

Tecidos moles sem alterações.

Dr. Rodrigo Massao Fujii CRM / PR 33789

Av. Higienópolis, 2600 - Parque Guanabara Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 - Londrina - Paraná

www.uniorte.com.br

pág. 1/1