Unimed St.

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuído pel	ia Operadora				
3,4,3,2,6,9					
4 - Data da Autorização 5 - Senha			6	- Data de Validade da	Senha
					_ Î _ I _ I _ I
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira	1 2 2	8 - Validade da Carte	ira	9-Atendimento a RN	-
QQP 15 000,000 H23, 55	253		1/1	1 1	
50 MANOEL APARECIDO DO NASCIMENTO	0				
10 - Nome					
Dados do Contratado Solicitante 12 - Código na Operadora	42 November 1 0 1 1 1				
DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	ANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA CRM 13 - Nome do Contratado				
14. Name de Desfinational Callation			_		
14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Conselh Profissi		elho	17 - UF	18 - Código CBO
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação				W. SOUTH HOLD	
19- Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/Lo	cal Solicitado		21 - Data sug	gerida para internação
	ovar	Igalia			/
22 - Caráter do Atendimento 23-Tipo de Internação 124 - Ref fratura-luxação cotovelo D (radio e uln	gime de liternação 25 - Qtd	e. Diárias Solicitadas 26 -	Previsão de uso de C	OPME 27 – Previsão	de uso de quimioterápico
28 MECESSITANDO TRATAMENTO CIRURG					
28 J Male Acade China DO TRATAINENTO CIRURG	ilco				
					*
a 5 d					
					*
M77.1					
	31 - CID 10 (3) (Opcional) 3	2 - CID 10 (4) (Opcional)	33 - Indicação de Aci	dente (acidente ou do	ença relacionada)
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					Color Since
34-Tabela 35 - Código do Procedia 07 19.10-0 _{36 - I} Item Assistencial 3.07.19.02-0	Descrição Fraturas e/o	ou luxações - trata	mento cirúrgi	CO 37 - Qtde Solic	38 – Qtde Aut
3.07.19.02-0	Artroplastia	com implante - t	ratamento cirú	úrgico	
3.07.20.09-5	Fratura e/o	u luxações (incluir	ndo descolame	ento epi! sário	
03-	cotovelo-pu	inho) - tratamento	o cirúrgico	_	
04-1				_	
	a BLOQUEADA OLECR	ANO/parafusos			
	a minimicrofragme		_	_ I.	
	tese cabeça radio			<u> </u>	
07-	- Coc caseça radio			_ _	
08-				_ _ _	
09-				_ _ _	9.
10-					
11-					
12	% <u> </u>				
Dados da Autorização 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diaria	as Autorizados 44. Tina				
	as Autorizadas 41 - Tipo	da Acomodação Autorizada	a		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Loca	l Autorizado		44 - C	ódigo CNES
45 – Observação / Justificativa					
		The said by the latest of the		,	
Dr. Daniel	F. F. Vieira				
46-Data da Solicitação 47-Ass Ortiop 65					
CDM/DR 194	75 TEOT 9918	48-Assinatura do Beneficiá	irio ou Responsável	49-Assinatura do Resp	ponsável pela Autorização
CKW/FK 154					



Nome: MANOEL APARECIDO DO NASCIMENTO Exame: UNIMED - ATB D

Data de nascimento: 17/09/1967

Data do exame: 06/05/2024 16h03

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO

Análise:

Fraturas nos terços proximais do rádio e ulna, com desvios e imobilizada com tala 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