

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 0050000005333984	8 - Validade da Carteira ____/____/____	9 - Atendimento a RN ____
10 - Nome EVAN, DE CASSIA HUDSON		11 - Cartão Nacional de Saúde _____

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado _____
14 - Nome do Profissional Solicitante Osni Motooka	15 - Conselho Profissional ____
16 - Número no Conselho 21679	17 - UF M
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 U	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

fratura de radius (E)

29 - CID 10 Principal (Opcional) 5525	30 - CID 10 (2) (Opcional) _____	31 - CID 10 (3) (Opcional) _____	32 - CID 10 (4) (Opcional) _____	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) ____
---	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- _____	30720095	do frst antebraço	____	____
02- _____			____	____
03- _____			____	____
04- _____			____	____
05- _____		placa bloqueada ulna	02	____
06- _____		versalock titans	____	____
07- _____			____	____
08- _____			____	____
09- _____		parafusos cortical titans	02	____
10- _____			____	____
11- _____		parafusos bloqueados titans	08	____
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 Carlos Eduardo Motooka CRM/PR : 21679	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	--	---	--

Nome: EVANI DE CASSIA HUDSON
Data de nascimento: 28/01/1964

Exame: UNIMED - PA - PNH E
Data do exame: 28/06/2023 11h36

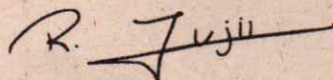
RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

Análise:

Fratura no terço distal (metáfise) do rádio, com desvio.

Fratura / avulsão no processo estilóide da ulna.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789