

1 - Registro ANS **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 **0050000059528179**

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

10 - Nome **Mario Shimade**

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado **Uniate**

14 - Nome do Profissional Solicitante **Jose Everaldo Pedrallo F.**

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

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 **E**

23 - Tipo de Internação **It**

24 - Regime de Internação **C**

25 - Qtde. Diárias Solicitadas **01**

26 - Previsão de uso de OPME **N**

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica
Luxação inveterada do 5º PDD com cobridade lateral exuberante.

29 - CID 10 Principal (Opcional) **593**

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			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01	30.729.70-3	Osteotomia de FP do 5º PDD	01	
02				
03	30.729.05-0	Artrodese do 5º PDD	01	
04	30.101.45-0	Exercício de lesão em 5º PDD e retensão de retetras atôrico	01	
05				
06				
07				
08		OPM - Fio de Kirschner 1.5	01	
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 **Jose Everaldo P. Filho**
Ortopedista
CRM-PR 23.237

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável **Mario**

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Nome: MARCIO SHINAIDE
Data de nascimento: 08/01/1986

Exame: UNIMED- PE D
Data do exame: 20/06/2023 11h28

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Luxação na interfalangeana proximal do 5º dedo.

Tecidos moles sem alterações.

Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

pág. 1/1

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