

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 0 0 0 5 0 0 0 0 0 0 6 0 6 2 6 3 4 0	8 - Validade da Carteira ____/____/____
9 - Atendimento a RN ____	11 - Cartão Nacional de Saúde _____
10 - Nome Marilene Galvão Palma	

Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora _____	13 - Nome do Contratado Unioeste
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Everaldo Pedrollo F.	15 - Conselho Profissional ____
16 - Número no Conselho CRM PR 23237	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 H.O
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 PO (4 m) de fratura luxação de L5/S1 @ 2º Tempo cirúrgico.

29 - CID 10 Principal (Opcional) S92	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- _____	3071003-0	Retirada de parafuso intracorpóreo	01	____
02- _____	_____	_____	____	____
03- _____	_____	_____	____	____
04- _____	_____	_____	____	____
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 Dr. Everaldo P. Filho Ortopedista CRM PR 23.237
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____

Nome: MARILENE GALAO PALMA
Data de nascimento: 21/01/1960

Exame: UNIMED-TNZ E PE E
Data do exame: 02/05/2023 08h58

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Análise:

Radiografia de controle por osteossínteses nos terços distais da tíbia e fíbula, fixadas com placa e parafusos cirúrgicos

Entesófito plantar e posterior no calcâneo.

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Análise:

Radiografia de controle por artrodese nos cuneiformes medial-intermédio, fixada com parafuso cirúrgico.

Entesófito plantar e posterior no calcâneo.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789