

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 0005 000 000 9931433		8 - Validade da Carteira ____/____/____	
9 - Atendimento a RN ____			
10 - Nome Maria Simone dos Santos		11 - Cartão Nacional de Saúde _____	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado Unimed	
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Carlos 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 01	
26 - Previsão de uso de OPME ____		27 - Previsão de uso de quimioterápico ____	
28 - Indicação Clínica fract. radio dental (E)			
29 - CID 10 Principal (Opcional) S526			
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
01- _____	30.720095	# fratura do	01
02- _____		antebraço	
03- _____			
04- _____			
05- _____		placa bloqueada volar	
06- _____		baby put versalok titou	01
07- _____			
08- _____		parafuso bloqueado titou	06
09- _____			
10- _____		parafuso cortical titou	02
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 Carlos Eduardo Motooka Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 21679	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Maria Simone		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____	

Nome: MARIA SIMONE DOS SANTOS
Data de nascimento: 15/12/1972

Exame: UNIMED - PA - PNH E
Data do exame: 21/07/2023 14h48

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

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