

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 5 0 0 0 0 0 7 1 1 3 5 5 1 2

8 - Validade da Carteira

___/___/___

9 - Atendimento a RN

10 - Nome

Julio Cesar Nosi Montan

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

John Motack

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

21619

17 - UF

PR

18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

unimed

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 do fêmur distal @

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S52.5

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 | to frct Quilchero | 01 | ___ |
| 02- ___ | | | ___ | ___ |
| 03- ___ | | | ___ | ___ |
| 04- ___ | | placa bloqueada idar | 01 | ___ |
| 05- ___ | | titonia versabock | ___ | ___ |
| 06- ___ | | | ___ | ___ |
| 07- ___ | | parafuso bloqueio tloar | 08 | ___ |
| 08- ___ | | | ___ | ___ |
| 09- ___ | | | ___ | ___ |
| 10- ___ | | parafuso cortical tloar | 08 | ___ |
| 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 Nosi Montan

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PR 21679

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Nome: JULIO CESAR ROSSI MARTON
Data de nascimento: 11/07/1978

Exame: UNIMED- ATB D/ PUNH D
Data do exame: 05/07/2023 11h07

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO

Análise:

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

Fratura / avulsão no processo estilóide da ulna.

Tecidos moles sem alterações.

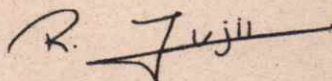
RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

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