

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

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Guaranda M. J. J. J.

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

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

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

- Heitor Ruy de Sales Ruy D. M. M. M.  
4to. conselheiro

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M. J. J. J.

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	30734045	Osteocondroplastia	1x	
02	30729203	Osteotomia de alongo	2x	
03				
04				
05		- Jejum pré-operatório		
06				
07		- Shonon		
08				
09		- Imunização		
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

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



Nome: EVANDRO MARCIO VICENTIN  
Data de nascimento: 01/05/1973

Exame: UNIMED - PES  
Data do exame: 11/04/2024 18h10

### **RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO**

#### **Análise:**

Leve hálux valgo.

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais na articulação 1º metatarso-falangeana.

Entesófito posterior no calcâneo.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

### **RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO**

#### **Análise:**

Leve hálux valgo.

Moderada redução do espaço articular e osteófitos marginais na articulação 1º metatarso-falangeana.

Entesófito posterior no calcâneo.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
**CRM / PR 33789**

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara  
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná  
**[www.uniorte.com.br](http://www.uniorte.com.br)**