

1 - Registro ANS

343269

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

0032 000 0033048770

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Loise Costa Azevedo Soffredi

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

Unimed

14 - Nome do Profissional Solicitante

José Everaldo Pedrollo F.

15 - Conselho  
Profissional

16 - Número no Conselho

CRM PR 27237

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

Fratura do fêmur tibial Esquerdo - 1º Atendimento na Argentina.  
RX anexa.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

2828

30 - CID 10 (2) (Opcional)

593

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-	3072713-8	Fratura de fêmur - Tte		
02-			01	
03-	3072814-2	Lesão ligamentar aguda (anteross)		
04-			01	
05-				
06-		OPM. - Placa bloqueada		
07-		de fêmur distal	01	
08-		Placa bloqueada de		
09-		fíbula	01	
10-		Zip Tight	01	
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. José Everaldo Pedrollo F. no  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23267

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

0032 00000 330 48770

8 - Validade da Carteira

9 - Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Leise Laise Oite Aunsuelds

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Onlin no look

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

21679

17 - UF

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

01

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Pro - Luxeas 4º + 5º mTC

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S64G

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 -	30.2.2.5.5.5	Ho fol talang		
02 -				
03 -	30.2.2.4.3.8	Ho pro lux		
04 -				
05 -				
06 -		ptao bloqueado		
07 -		mini micro foguete		
08 -		porfus bloqueado		
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 Responsável pela Solicitação

Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR - 21679

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização



LAUDO RADIOLÓGICO

PACIENTE: LAISE COSTA AUERSVALDO SAFADI

EXAME: RX DE PERNA ESQUERDA + MÃO DIREITA.

DATA: 19/04/2024.

EXAME EVIDENCIANDO FRATURA INTRARTICULAR DE TIBIA DISTAL ESQUERDA, DIAFISÁRIA DE FIBULA ESQUERDA E DE 4 METACARPO DE MÃO DIREITA COM GRANDE DESVIO ENTRE OS FRAGMENTOS. PERDA DE CONGRUENCIA ARTICULAR TIBIO-FIBULAR DISTAL E CARPO-METACARPAL.

Dr. José Everaldo Pedrollo Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23.237

DR. JOSE EVERALDO PEDROLLO FILHO.

CRM 23.237 PR.