

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</b>	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 ____
10 - Nome <b>Ana Rafaela . Gusmão Rubio</b>		11 - Cartão Nacional de Saúde _____

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 <b>Unimed</b>		21 - Data sugerida para internação ____/____/____	
22 - Caráter do Atendimento <b>U</b>	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 <b>Fratura de clavicula esq.</b>					
--	--	--	--	--	--

29 - CID 10 Principal (Opcional) _____	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- _____	_____	_____	____	____
02- _____	<b>30717108</b>	<b>Fratura Clavicula</b>	____	____
03- _____	_____	_____	____	____
04- _____	_____	_____	____	____
05- _____	_____	_____	____	____
06- _____	_____	<b>caixa bloqueada clavicula</b>	____	____
07- _____	_____	<b>gm reis</b>	____	____
08- _____	_____	_____	____	____
09- _____	_____	<b>caixa mini fragmentos</b>	____	____
10- _____	_____	<b>gm reis</b>	____	____
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 _____	
45 - Observação / Justificativa _____ _____ _____		

**Dr. Bruno Bosio**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32.304

Nome: ANA RAFAELA GUSMAO RUBIO  
Data de nascimento: 24/12/1980

Exame: UNIMED- OMB E/ CLAV E  
Data do exame: 15/08/2023 14h19

### **RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO**

#### **Análise:**

Radiografia de controle por fratura no terço médio da clavícula.

Esclerose óssea na tuberosidade maior do úmero e na porção subacromial.

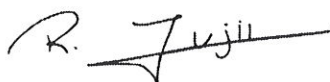
Tecidos moles sem alterações.

### **RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA**

#### **Análise:**

Radiografia de controle por fratura no terço médio da clavícula.

Tecidos moles sem alterações.



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