

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

10 - Nome

JACKELINE STEFANY SALLES

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

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 CAPÍTULO DO OMBRO ESQUERDO
- TUBEROSIDADE POR OPERATINA + OSSIFICAÇÃO/ADENOSIS

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- <input type="checkbox"/>	3073604-8	Osteocausoplastia do capelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- <input type="checkbox"/>		Parafuso ppr crúrio 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- <input type="checkbox"/>		2 shiner / 2 esguila / 1 modificador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- <input type="checkbox"/>		2 fios de alta tenacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Dr. Bruno Bosio
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 32301 - FEOT 15190
Av. Bandeirantes, 460
Tel.: 3379-2200

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: JACKELINE STEFANY SALLES
Data de nascimento: 06/11/1990

Exame: UNIMED - CTV E
Data do exame: 26/01/2023 10h59

RADIOGRAFIA DO COTOVELO ESQUERDO

Análise:

Radiografia de controle por osteossíntese no terço distal do úmero, fixada com parafusos cirúrgicos.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789