

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

Aparecida Basso Faia

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Carlos Motoo Ks

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

21679

17 - UF

M

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 de dedo dental (P)

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S525

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 joel Antheuco	____	____
02- ____			____	____
03- ____			____	____
04- ____		placa bloqueado versalock	01	____
05- ____		titanium p/ dedo dental	____	____
06- ____		baby foot	____	____
07- ____			____	____
08- ____		parafuso bloqueado titânio	08	____
09- ____			____	____
10- ____		parafuso central titânio	02	____
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

Nome: APARECIDA BOSSO FAILE
Data de nascimento: 14/07/1944

Exame: UNIMED - PA - PNH D
Data do exame: 11/03/2023 18h23

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