

| 1 - Registro ANS<br><b>3 4 3 2 6 9</b>                              |  | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>_____   |   |               |
|---|--|--|---|---------------|
| 4 - Data da Autorização<br>____/____/____                           |  | 5 - Senha<br>_____   |   |               |
| 6 - Data de Validade da Senha<br>____/____/____                     |  |  |   |               |
| <b>Dados do Beneficiário</b>  |  |  |   |               |
| 7 - Número da Carteira<br><b>005 000 000 608330 5</b>               |  | 8 - Validade da Carteira<br>____/____/____   |   |               |
| 9 - Atendimento a RN<br>____  |  | 10 - Nome<br><b>Wellington Martins Dos Santos</b>  |   |               |
| 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>_____                              |  |  |   |               |
| <b>Dados do Contratado Solicitante</b>                              |  |  |   |               |
| 12 - Código na Operadora<br>_____                                   |  | 13 - Nome do Contratado<br>_____   |   |               |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>Dr. Motooka</b>         |  | 15 - Conselho Profissional<br>____   |   |               |
| 16 - Número no Conselho<br><b>27679</b>                             |  | 17 - UF<br><b>M</b>  |   |               |
| 18 - Código CBO<br>_____  |  |  |   |               |
| <b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>   |  |  |   |               |
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br>_____                            |  | 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado<br>_____  |   |               |
| 21 - Data sugerida para internação<br>____/____/____                |  |  |   |               |
| 22 - Caráter do Atendimento<br><b>U</b>                             | 23 - Tipo de Internação<br>____                  | 24 - Regime de Internação<br>____  | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>01</b> |               |
| 26 - Previsão de uso de OPME<br>____                                |  | 27 - Previsão de uso de quimioterápico<br>____   |   |               |
| 28 - Indicação Clínica<br><b>fratura de úmero (E)</b>               |  |  |   |               |
| 29 - CID 10 Principal (Opcional)<br><b>S620</b>                     |  | 30 - CID 10 (2) (Opcional)<br>_____  |   |               |
| 31 - CID 10 (3) (Opcional)<br>_____                                 |  | 32 - CID 10 (4) (Opcional)<br>_____  |   |               |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>____ |  |  |   |               |
| <b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>             |  |  |   |               |
| 34 - Tabela   | 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 36 - Descrição   | 37 - Qtde Solic                             | 38 - Qtde Aut |
| 01- _____   | <b>30737060</b>                                  | <b>Ht Ombro fixo</b>   | <b>01</b>                                   | ____          |
| 02- _____   |  | <b>Via artroscopia</b>   | ____  | ____          |
| 03- _____   |  |  | ____  | ____          |
| 04- _____   |  |  | ____  | ____          |
| 05- _____   |  |  | ____  | ____          |
| 06- _____   |  | <b>paciente amputado</b>   | <b>01</b>                                   | ____          |
| 07- _____   |  | <b>7 dias</b>  | ____  | ____          |
| 08- _____   |  |  | ____  | ____          |
| 09- _____   |  | <b>lowing Show</b>   | ____  | ____          |
| 10- _____   |  | <b>taxa de vídeo</b>   | ____  | ____          |
| 11- _____   |  |  | ____  | ____          |
| 12- _____   |  |  | ____  | ____          |
| <b>Dados da Autorização</b>   |  |  |   |               |
| 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar<br><b>04.04.2023</b>      |  | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas<br>____   |   |               |
| 41 - Tipo da Acomodação Autorizada<br>____                          |  | 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br>_____  |   |               |
| 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br>_____                   |  | 44 - Código CNES<br>_____  |   |               |
| 45 - Observação / Justificativa<br>_____<br>_____<br>_____          |  |  |   |               |
| 46 - Data da Solicitação<br>____/____/____                          |  | 47 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>Carlos Eduardo Motooka</b><br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM/PR: 21679 |   |               |
| 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>_____<br>_____    |  | 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br>_____<br>_____  |   |               |

Paciente: WELLINGTON MARTINS DOS SANTOS

Idade: 17 anos Sexo: Masculino

Data Nasc.: 02/03/2006

Dr.(a): JEAN FURTADO FRANCISCO - CRM/PR 12026

---

ID: 1466893

Data/Hora Exame: 04/03/2023 09h36

### RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

**Análise:**

Fratura transversal na porção proximal do escafoide, sem desalinhamento.

Demais elementos ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

  
Dr. Jose Eduardo Colla  
CRM / PR 28194