



1 - Registro ANS <b>355151</b>	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha ____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____
-----------------------------------	---	-------------------	--	---

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>019311008</b>	8 - Plano <b>PROSAÚDE</b>	9 - Validade da Carteira ____/____/____
--	------------------------------	--

10 - NOME DO BENEFICIÁRIO  
**CARLOS RONALDO LOPES BARBOSA**11 - Número do Cartão Nacional de Saúde  
\_\_\_\_

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF <b>DANIEL FERREIRA/FERNANDES VIEIRA</b>	13 - Nome do Contratado <b>CRM</b>	14 - Código CNES <b>19475 PR</b>
--	---------------------------------------	-------------------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-------------------

## Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador <b>Unioeste</b>
---------------------------------	---

22 - Caráter da Internação <b>U</b> E - Eletiva <b>U</b> - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <b>2</b> - Cirúrgica 1 - Clínica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
---	--

24 - Regime de Internação <b>1</b> - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>
--	---

26 - Descrição da Internação  
**fratura desviada da diáfise da clavícula d**

## Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença <b>A</b> - Aguda <b>C</b> - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <b>A</b> - Anos <b>M</b> - Meses <b>D</b> - Dias	29 - Indicação de Acidente <b>0</b> - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
---	---	---

30 - CID 10 Principal <b>S42.0</b>	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
---------------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------

## Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut
1-	<b>30717108</b>	tratamento cirurgico de fratura da clavícula		
2-		placa bloqueada clavícula +	<b>1</b>	
3-	<b>72934930</b>	parafusos		
4-				
5-				

## OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					

## Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____
---	--	--

48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____	50 - Código CNES ____
---	---	--------------------------

## 51 - Observação

51 - Observação _____ _____ _____		
--	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>Dr. Daniel F. F. Vieira</b> Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 19475 TEOT 9918	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ <b>Barbosa</b>	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____
---	--	--