

1 - Registro ANS

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

Rod. de Souza Silva

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

Hospital Belo Sun

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

- Helicóptero + multa hospitalar + Seguro-viagem S.M.T.

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	<i>30729181</i>	<i>Helicóptero</i>	<i>01</i>	
02	<i>30729203</i>	<i>gta plano / ambulância</i>	<i>06</i>	
03	<i>30732026</i>	<i>Exatoma onco</i>	<i>01</i>	
04				
05				
06		<i>3 Parafusos champagne 3.0 titano</i>		
07		<i>1 Parafuso com cabeça 9.5</i>		
08		<i>1 Parafuso cortical 3.5</i>		
09		<i>1 Enxerto ósseo</i>		
10		<i>1 Bico Sarnon</i>		
11		<i>1 Bico Wedge</i>		
12		<i>Kit de Biópsia osteomed.</i>		

DR. RAFAEL BELETATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Especialidade PE e TMOZEL
CRM/PR 28.806 - TEOT 14425

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

46 - Data da Solicitação

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: **ROD DE SOUZA SILVEIRA**

Data do nascimento: 13/11/1953

Data do exame: 19/06/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Radiografia de controle por fratura na base do 5º metatarso.

Hálux valgo.

Valguismos dos 2º ao 5º dedos.

Redução no espaço articulação calcâneo-navicular (coalizão?).

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR