

tel: 9 99 90 44 99 - mrcia - filha.

| | |
|---|--|
| 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 Gilberto Siffer | | 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 Unimed | 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

Caro médico, tel 2º dubo li 1)

DR. RAFAEL BELETATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIDADE - PÉ E TORNZELO
CRM/PR 28806 / TEST 2013

| | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 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- _____ | 30429203 | artroscopia fulcrum | 01 | _____ |
| 02- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 03- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 04- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 05- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 06- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 07- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 08- _____ | _____ | - Ibrah Shannon | _____ | _____ |
| 09- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 10- _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 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

Paciente: **GILBERTO SITTA**
Data do nascimento: 08/08/1940
Data do exame: 06/09/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Redução difusa da densidade óssea.

Hálux valgo.

Esclerose e irregularidades ósseas na face medial da cabeça do 1º metatarso.

Artropatia degenerativa na articulação 1º metatarso-falangeana, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Artropatia degenerativa na articulação interfalangeana distal do hálux, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Osteófitos marginais nas articulações interfalangeanas distais e proximais do 2º ao 5º dedos.

Irregularidades ósseas na base do 5º metatarso.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR