

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

Elvionis Ap amigo

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

Acidex Telzo B/Betel S/m betel

29 - CID 10 Principal (Opcional)

20201

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>Acidex Telzo 2x</i>	___	___
02- _____	<i>30729203</i>	<i>Ortodontia - aparelho 2x</i>	___	___
03- _____	<i>30731119</i>	<i>templat 2x</i>	___	___
04- _____	_____	_____	___	___
05- _____	_____	_____	___	___
06- _____	_____	<i>4 Ponteiros Chancelado 1.5m</i>	___	___
07- _____	_____	<i>2 Braço shom</i>	___	___
08- _____	_____	<i>1 Braço novo</i>	___	___
09- _____	_____	<i>1 Fio de 2.3.0</i>	___	___
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: **EDIVANIA APARECIDA ARRIGO**
Data do nascimento: 02/10/1970
Data do exame: 22/07/2024

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Leve hálux valgo.
Espaços articulares preservados.
Entesófito plantar no calcâneo.
Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Análise:

Leve hálux valgo.
Espaços articulares preservados.
Entesófito plantar no calcâneo.
Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR