



**2 - N°** | | | | | | | | | | | |

### Dados do Beneficiário / Paciente

### Dados do Contratado Solicitante

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

### Hipótese Diagnóstica

### Procedimientos Solicitados

### OPM Solicitados

### Dados da Autorização

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
____/____/____	____/____/____	____/____/____

Paciente: **ANA CLARA REIS BORGES**

Data do nascimento: 21/02/1997

Data do exame: 27/05/2024

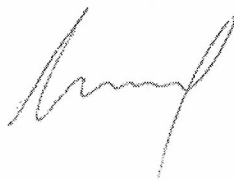
**RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO**

**Análise:**

Radigrafia de controle por artrodese na sindesmose tibio-fibular, fixada com parafuso cirúrgico.

Âncoras cirúrgicas no maléolo lateral.

Tecidos moles sem alterações.



---

Dr. Fabio Ferreira Lehmann  
CRM: 15519 - PR