

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

Valério H Nogueira

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

Guangzhou

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

Halter Teflo Biechuel + Sutura 2' deuto + Metabólico  
Biechuel + Sutura Biechuel

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M20.1

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- ____	30729181	Halter Teflo	02	____
02- ____	30729203	Ortopedia Metabólico 16mm	10	____
03- ____	30734208	tenotomia	02	____
04- ____	30734127	tenoplastia	02	____
05- ____	____	____	____	____
06- ____	____	____	____	____
07- ____	____	____	____	____
08- ____	____	____	____	____
09- ____	____	Profilaxia comêda 3.5 chamfer	____	____
10- ____	____	Braço Schommer el	____	____
11- ____	____	Braço Wedge 01	____	____
12- ____	____	• fio de k 2.5	____	____

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

\_\_\_\_

**Nome:** PATRICIA HERNANDES  
**Idade:** 45 anos

**Data do exame:** 05/01/2023

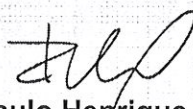
## **RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO E ESQUERDO**

### **Relatório:**

Elementos ósseos de morfologia e de contornos normais.

Hálux valgo bilateral.

Demais superfícies e espaços articulares preservados.



**Dr. Paulo Henrique Nandi**  
**CRM / RS 37857**

Data do exame: 05/01/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO E ESQUERDO

Dr. Paulo Henrique Nandi  
CRM - 37857