

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

Clara L. Mertes

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

- Helicóptero de resgate + Medicação de resgate de 1  
hora por hora.  
- Helicóptero de resgate + Medicação de resgate de 1  
hora por hora.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

201

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	Helicóptero 2x	___	___
02- ___	30729203	Medicação 3x	___	___
03- ___	30731127	transfusão 2x	___	___
04- ___	30728150	desfibrilador 1x	___	___
05- ___	___	___	___	___
06- ___	___	4 transfusões de sangue.	___	___
07- ___	___	1 transfusão de sangue.	___	___
08- ___	___	1 broncoscopia	___	___
09- ___	___	1 broncoscopia	___	___
10- ___	___	medicação	___	___
11- ___	___	Fra de hidratação	___	___
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

\_\_\_

**Nome:** CLEUSA LINA DE MATOS  
**Idade:** 67 anos

**Data do exame:** 30/11/2022

### **RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO**

**Relatório:**

Ângulo de Costa-Barthani: 144,9° (normal: 125 - 130°).

Ângulo talocalcâneo: 40° (normal: 15 – 25°).

Ângulo de valgismo do hálux: 32,9° (referência: até 15°).

Ângulo intermetatarsal: 19° (referência: até 9°).

Desvio sesamóideo: grau 3 de Smith.

Pequenos entesófitos plantar e posterior no calcâneo.



**Dr. Roberto Eifler**  
**CRM / RS 4752**

**Nome:** CLEUSA LINA D MATOS  
**Idade:** 67 anos

**Data do exame:** 30/11/2022

### **RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO**

**Relatório:**

Ângulo de Costa-Barthani:  $143,9^\circ$  (normal:  $125 - 130^\circ$ ).

Ângulo talocalcâneo:  $19^\circ$  (normal:  $15 - 25^\circ$ ).

Ângulo de valgismo do hálux:  $38,9^\circ$  (referência: até  $15^\circ$ ).

Ângulo intermetatarsal:  $24,9^\circ$  (referência: até  $9^\circ$ ).

Desvio sesamóideo: grau 3 de Smith.

Incipientes entesófitos plantar e posterior no calcâneo.



**Dr. Roberto Eifler**  
**CRM / RS 4752**