

1 - Registro ANS 343269	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 Marcos J. Lourenço	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 - Hsp. Evangelho	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 Exatidão em S.M.T.

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	30729203	2 turmas de 1 hora	01	
02	30729296	- Remissão para P.	01	
03				
04				
05				
06				
07		1 Brava Shannon		
08		1 Brava Wedge		
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 _ _ _ _ _			

46 - Data da Solicitação _/_/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante _ _ _ _ _	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _ _ _ _ _	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _ _ _ _ _
--------------------------------------	--	---	--

Paciente: **MARCOS GOMES PEREIRA**

Data do nascimento: 08/02/1982

Data do exame: 01/06/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Análise:

Hálux valgo.

Alterações nas morfologias nos 2° ao 4° metatarsos (Sequelares?).

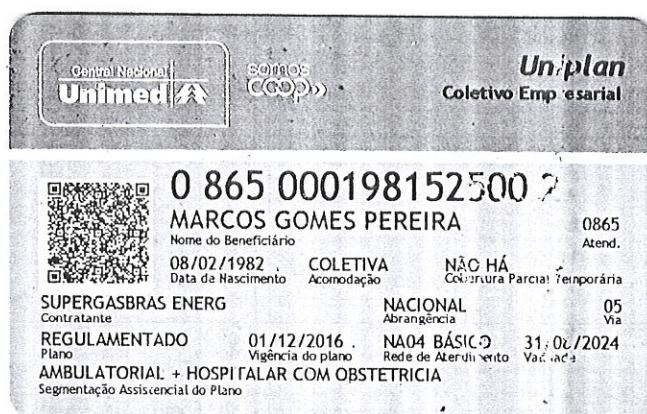
Alteração na morfologia no 5° metatarso (Sequelar / pseudoatrose?).

Espaços articulares preservados.

Entesófito plantar e posterior no calcâneo.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR



99631.3056