

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

Wilson Ap m - Junior

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

HCL

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

Reduzido Bilat 1/10/10

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- <input type="checkbox"/> | 3072 9181 | Reduzido Bilat 2x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02- <input type="checkbox"/> | 3072 9293 | Extensão Bilat 2x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03- <input type="checkbox"/> | 3073 1118 | tenoplastia 2x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04- <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05- <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06- <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07- <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08- <input type="checkbox"/> | | 1 Pontuação Chonhato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09- <input type="checkbox"/> | | 2 Rio de L. 2.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10- <input type="checkbox"/> | | 1 Basso Sorens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11- <input type="checkbox"/> | | 1 Basso Wiedje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12- <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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: **WILSON APARECIDO MELLO JUNIOR**

Data do nascimento: 08/01/1970

Data do exame: 18/08/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Hálux valgo.

Espaços articulares preservados.

Entesófito posterior no calcâneo.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Análise:

Hálux valgo.

Espaços articulares preservados.

Entesófito posterior no calcâneo.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR




PARTICIPATIVO 50% LOCAL BÁSICO
 - COLETIVO POR ADESAO
 COLETIVO POR ADESAO



0 005 000003143229 0
WILSON A MELLO JUNIOR
 Nome do Beneficiário
 08/01/1970
 Data de Nascimento

COLETIVA
 Acomodação

NÃO HÁ
 Cobertura Parcial Temporária

0005
 Atend.

SINPRO
 Contratante

REGULAMENTADO
 Plano

01/03/2017
 Vigência do Plano

GRUPO DE MUNICÍPIOS
 Abrangência

RB04 BASICO
 Rede de Atendimento

17/09/2024
 Validade

04
 Via

AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
 Segmentação Assistencial do Plano

99915.4100