

1 - Registro ANS <b>343269</b>	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 <b>Marcos R. Jants</b>	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 <b>Helix</b>
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 <b>Helix Selgo Interfalaris + deformidade em dentes menores Bilateral</b>
---

29 - CID 10 Principal (Opcional) <b>M80.1</b>	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	<b>30729181</b>	<b>Helix Selgo</b>	<b>2x</b>	____
02	<b>30729950</b>	<b>Interfalaris</b>	<b>4x</b>	____
03	<b>30729203</b>	<b>osteotomia</b>	<b>2x</b>	____
04	<b>30731118</b>	<b>Tenoplastia</b>	<b>4x</b>	____
05	_____	_____	____	____
06	_____	<b>- Microsone</b>	____	____
07	_____	<b>- 4 fios de Kirschman</b>	____	____
08	_____	<b>- 4 grupos Argraaf</b>	____	____
09	_____	<b>- 1 Broca Weller</b>	____	____
10	_____	<b>- 1 Broca <del>Shannon</del> Shannon</b>	____	____
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 _____ _____ _____
--

**DR. RAFAEL BELLETTI**  
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA  
SINTESE DE DENTISTAS



Paciente: **MARCIA REGINA VAITZ**  
Data do nascimento: 09/09/1982  
Data do exame: 29/09/2023

### RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

#### **Análise:**

Retropé varo.

Leve hálux valgo interfalângico.

Espaços articulares preservados.

Entesófito posterior no calcâneo.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

### RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

#### **Análise:**


Retropé varo.

Leve hálux valgo interfalângico.

Espaços articulares preservados.

Entesófito posterior no calcâneo.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



---

**Dr. Fabio Ferreira Lehmann**  
CRM: 15519 - PR