

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

Jenifer F. Moura

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

Gratificação

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

Hebex Nelys bilateral 2 (metatarsalgia)

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	Hebex Nelys	02	___
02- ___	30729203	Hebex Nelys	02	___
03- ___	30731127	Terapias fis	02	___
04- ___	___	___	___	___
05- ___	___	___	___	___
06- ___	___	___	___	___
07- ___	___	___	___	___
08- ___	___	Gratificação - Chon Pedro	___	___
09- ___	___	Bras Nelys	___	___
10- ___	___	Bras Sena	___	___
11- ___	___	___	___	___
12- ___	___	___	___	___

DR. RAFAEL BELETATO  
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA  
ESPECIALIDADE - RCT 14425  
CRM 28.838

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: **JESSICA FERNANDA MORESCO**

Data do nascimento: 25/05/1993

Data do exame: 13/02/2023

### RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

**Análise:**

Leve hálux valgo.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas

### RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

**Análise:**

Retropé valgo.

Leve hálux valgo.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.

Ausência de sinais de fraturas



---

Dr. Fabio Ferreira Lehmann  
CRM: 15519 - PR