

1 - Registro ANS <b>3 4 3 2 6 9</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>Jera Lucia J Teixeira</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>Unimed</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**

**- Necessidade de LRS em benefício de os terminais**

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- /	<b>B0710022</b>	<b>Retirada de Benefício</b>	<b>01</b>	/
02- /	/	/	/	/
03- /	/	/	/	/
04- /	/	/	/	/
05- /	/	/	/	/
06- /	/	/	/	/
07- /	/	/	/	/
08- /	/	<b>cham p/ Benefício Anterior</b>	/	/
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**



Paciente: VERA LUCIA JACOB TEIXEIRA

Data do nascimento: 14/01/1962

Data do exame: 31/07/2023

**RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO**

**Análise:**

Radiografia de controle pós cirúrgico na falange proximal do hálux, fixada com parafusos cirúrgicos.

Redução no espaço articular no 1º metatarso-falangeana.

Entesófito posterior no calcâneo.



---

Dr. Fabio Ferreira Lehmann  
CRM: 15519 - PR