

1 - Registro ANS

\_\_\_\_\_

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

*Danielson - Gales Zahner*

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

*HCC*

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

*Lesão por Bisturi. - Dica / comto fúndio  
Eq 1 / subleitura*

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- <i>30729181</i>		<i>Alabx 50go Bilateral</i>	<i>28</i>	
02- <i>30729203</i>		<i>Osteotomia fúndio</i>	<i>5 x</i>	
03- <i>30731127</i>		<i>teno plastrão 2x</i>		
04- _____				
05- _____				
06- _____		<i>1 Bross Shannon</i>		
07- _____		<i>1 Bross Widge</i>		
08- _____		<i>4 Lancetas comuladas Rhac fúndio</i>		
09- _____		<i>2 fios de K 2.5</i>		
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

\_\_\_\_\_



Nome: DANIELA GODOY ZABINE  
Data de nascimento: 12/11/1975

Exame: HOSPITALAR - PES  
Data do exame: 14/03/2024 16h53

### **RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO**

#### **Análise:**

Hálux valgo.

Esclerose e irregularidades ósseas na face medial da cabeça do 1º metatarso.

Imagem ovalada, radioluciente, contornos definidos, projetado na cabeça do 1º metatarso e medindo 0,7 cm (cisto ósseo?).

Espaços articulares preservados.

Entesófito posterior no calcâneo.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

### **RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO**

#### **Análise:**

Hálux valgo.

Esclerose e irregularidades ósseas na face medial da cabeça do 1º metatarso.

Espaços articulares preservados.

Entesófito posterior no calcâneo.

**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
**CRM / PR 33789**

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara  
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná  
[www.uniorte.com.br](http://www.uniorte.com.br)



Nome: DANIELA GODOY ZABINE  
Data de nascimento: 12/11/1975

Exame: HOSPITALAR - PES  
Data do exame: 14/03/2024 16h53

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

**Dr. Rodrigo Massao Fujii**  
**CRM / PR 33789**

Av. Higienópolis, 2600 – Parque Guanabara  
Fones: 43 3372-0900 / 3377-0900 – Londrina – Paraná  
[www.uniorte.com.br](http://www.uniorte.com.br)