

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 Louder T. Gomes		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 HEL		
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 deformidade 2º dedo pé D (Modelo Rígido)				
29 - CID 10 Principal (Opcional) M199		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"/>	50729203	Artroscopia do joelho 2x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>	30729050	Artroscopia do tornozelo 2x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>	30731127	Tenodesmose	<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"/>		↓ fio K 1.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- <input type="checkbox"/>		Microscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>			<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 				

DR. RAFAEL BELFANTO
 ORTOPEDISTA - DEPT. ORTOPEDIA
 CRM/PR 20067 - RCD 1445

Paciente: **LOURDES TERASSI GOMES**

Data do nascimento: 29/11/1957

Data do exame: 14/08/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Leve hálux valgo.

Espaços articulares preservados.

Entesófito posterior no calcâneo.

Não há evidências de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Análise:

Artropatias degenerativas na articulações navicular-cuneiformes, caracterizadas por reduções dos espaços articulares, oteófitos marginais e escleroses subcondrais.

Entesófito posterior no calcâneo.

Não há evidências de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DO CALCÂNEO DIREITO

Análise:

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Entesófito posterior no calcâneo.

Não há evidências de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DO CALCÂNEO ESQUERDO

Análise:

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Entesófito posterior no calcâneo.

Não há evidências de fraturas desalinhadas.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR