

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

*Yara Lucio / Farias*

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

*EXANGELI Co*

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

*Artrite Metatarsofalangeana do 1º dedo. E 2*

29 - CID 10 Principal (Opcional)

*M19.1*

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- [ ]	<i>30 73 40 45</i>	<i>Osteoartrite plantar</i>	<i>01</i>	___
02- [ ]	<i>13 07 29 2 03</i>	<i>Artroscopia do tornozelo</i>	<i>02</i>	___
03- [ ]	_____	_____	___	___
04- [ ]	_____	_____	___	___
05- [ ]	_____	_____	___	___
06- [ ]	_____	<i>Micromassagem</i>	___	___
07- [ ]	_____	<i>Parafuso Anterior titânio</i>	___	___
08- [ ]	_____	_____	___	___
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: 08/03/2023

**RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO**

**Análise:**

Leve hálux valgo.

Pequena exostose óssea na cabeça do 1º metatarso, face dorsal.

Espaços articulares preservados.

Entesófito posterior no calcâneo.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.



---

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