

99687.2661

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 ____
50 - Nome Social _____		
10 - Nome Isabela Maria Magalhães Oliveira		

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 - HEC	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
- Retirada de Panfuro + Mampulense cicatriz

29 - CID 10 Principal (Opcional) 3470	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- _____	30101679	Plastica em	01	____
02- _____	30710022	retirada de panfuro	01	____
03- _____	_____	_____	____	____
04- _____	_____	_____	____	____
05- _____	_____	_____	____	____
06- _____	_____	_____	____	____
07- _____	_____	_____	____	____
08- _____	_____	- Chom p/Retirada de chomado	____	____
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

46 - Data da Solicitação ____/____/____	47 - Assinatura do Profissional Solicitante _____	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
--	--	---	--

DR. RAFAEL BELETATO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA - HETOMOCLEIO
ESPECIALIDADE - HETOMOCLEIO
CRM/PR 200061170011425

Nome: GABRIELA MARIAH MAZZEO OLIVEIRA
Data de nascimento: 17/08/1989

Exame: UNIMED-PE D+E
Data do exame: 03/08/2023 17h51

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Radiografia de controle pós cirúrgico no 1º e 5º metatarsos e falange proximal do hálux, 1º metatarso fixada com parafusos cirúrgicos.

Tecidos moles sem alterações.

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Análise:

Radiografia de controle pós cirúrgico no 1º e 5º metatarsos e falange proximal do hálux, 1º metatarso fixada com parafusos cirúrgicos.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789