

1 - Registro ANS 343269	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 Cleron B Santos		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 _____	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 Kodex Tely s/rotorbulgi

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-	3072181	Kodex Tely	2x	____	____
02-	30729203	osteotomia flange	1x	____	____
03-	____	____	____	____	____
04-	____	____	____	____	____
05-	____	____	____	____	____
06-	____	1 Braca stemon	____	____	____
07-	____	1 grupo Agrof	____	____	____
08-	____	12 pontos Aar tou	____	____	____
09-	____	1 microne	____	____	____
10-	____	1 fio Kirshner	____	____	____
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 _____		

DR. RAFAEL BELETATO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
ESPECIALIDADE - PE E TOPOLOGIA
CRM/PR 20000 / TEST 14425

Paciente: **CLERSON BERNARDINO FAUSTINO**
Data do nascimento: 19/06/1988
Data do exame: 25/08/2023

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Análise:

Pé cavo.

Leve hálux valgo interfalângico.

Imagens ovaladas, radiopacas, projetadas adjacentes a cabeça e base da falange proximal do hálux.

Espaços articulares preservados.

Tecidos moles sem alterações.



Dr. Fabio Ferreira Lehmann
CRM: 15519 - PR