

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Gula Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0005 0000061665390	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN enf.
10 - Nome Social		

10 - Nome

Sueli Aparecida Linham Ravazzi

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante Alexandre Provenza	15 - Conselho Profissional CRM
16 - Número do Conselho 28281	17 - UF PR
18 - Código CBO	

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Uniorle	21 - Data sugerida para Internação
22 - Caráter do Atendimento Cirurgia	23 - Tipo de Internação Eleito	24 - Regime de Internação
25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME 5	27 - Previsão de uso de Quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Paciente com dor em joelho direito, piora progressiva da algia, rotura de menisco lateral e lesão osteocondral. Encaminhado p/ tratamento cirurgico por videoscopia.

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	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	3102733101619	Reparo de um menisco	01	
2- <input type="checkbox"/>	3102733101419	Osteocondroplastia	01	
3- <input type="checkbox"/>				
4- <input type="checkbox"/>				
5- <input type="checkbox"/>				
6- <input type="checkbox"/>				
7- <input type="checkbox"/>	610101411512	Taxa de video	01	
8- <input type="checkbox"/>	0015910101415	Lamina de Shaver	01	
9- <input type="checkbox"/>	001511611010	Radioterapia	01	
10- <input type="checkbox"/>	118181816116	Kit sutura menisco Cross Fix	03	
11- <input type="checkbox"/>				
12- <input type="checkbox"/>				

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar 01/02/24	40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES

45 - Observação / Justificativa

<p>Dr. Alexandre Provenza Ortopedia/Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 28281 - TEOT 17360</p> <p>Material Artelon</p>

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