

[Handwritten signature]

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

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

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- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Problema total joelho</i>	<i>01</i>	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>1 kit de material total de pontos suturáveis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>+ 2 pontos de curtos com AFB</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(Anatomia)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<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. Roberto G. Gasparelli
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32.428 TEOT 15.389

46 - Data da Solicitação


47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Paciente: IVETE PIMENTA RODRIGUES AMERICO**Idade: 50 Ano(s)****Médico: DR. ARICIO TAVARES****Data: 30/11/2022****CAMBE****RADIOGRAFIAS DO JOELHO DIREITO**

- Comprometimento do eixo do membro com desvio do joelho em valgo.
- Irregularidades nas corticais das estruturas ósseas, em especial nas superfícies articulares do côndilo femoral lateral e na porção lateral do platô tibial.
- Colapso do espaço articular femorotibial, na porção lateral do joelho.
- Calificações nas bordas ósseas periarticulares e na cápsula articular, na face lateral do joelho.

DRA RITA C. C. REIS INOCENTE**CRM: 12.923****DR DIRCEU HENRIQUE BLANCO****CRM: 5913**

DHB

Cambé - PR - Rua Espanha, 439 - Centro - Fone: (43) 3254-4918 - CEP 86181-050**E-mail: endoimagemcambe@gmail.com****Londrina - PR - Rua Senador Souza Naves, 1387 - Fone: (43) 3322-9776 - CEP 86010-160****E-mail: endolondrina@sercomtel.com.br**