

1- Registro ANS 338648		3- Data da Autorização _/_/____		4- Senha _ _ _ _		5- Data Validade da Senha _/_/____		6- Data de Emissão da Guia _/_/____	
Dados do Beneficiário									
7- Número da Carteira _ _ _ _ _				8- Plano SANESAÚDE		9- Validade da Carteira _/_/____			
10- Nome Lucas Gabriel Ogido						11- Número do Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _			
Dados do Contratado Solicitante									
12- Código na Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _				13- Nome do Contratado _ _ _ _ _				14- Código CNES _ _ _ _ _	
15- Nome do Profissional Solicitante Mauro S Kanashiro				16- Conselho Profissional CRM		17- Número no Conselho 5460		18- UF PR	
19- Código CBO S _ _ _ _ _									
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação									
20- Código na Operadora / CNPJ _ _ _ _ _				21- Nome do Prestador HOSPITAL ARACÓICA					
22- Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23- Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica							
24- Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		25- Qtde. Diárias Solicitadas 02							
26- Indicação Clínica Paciente com lesão de ligamento cruzado anterior esquerdo + lesão de menisco medial + lesão condral de joelho E. Neante de cirurgia									
Hipóteses Diagnósticas									
27- Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente 10 - <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input checked="" type="checkbox"/> D - Dias				29- Indicação de Acidente <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros			
30- CID 10 Principal S835		31- CID 10 (2) M232		32- CID 10 (3) _ _ _		33- CID 10 (4) _ _ _			
Procedimentos Solicitados									
34- Tabela		35- Código do Procedimento		36- Descrição				37- Qtde. Solic. 38- Qtde. Aut.	
1- 30733073		30733073		Reconstrução de LCA				__ __	
2- 30733057		30733057		Sutura de menisco				__ __	
3- 30733049		30733049		Condromastectomia				__ __	
4- 30731119		30731119		Tenoplastia (en xerto)				__ __	
5- 30731119		30731119		Tenoplastia (en xerto)				__ __	
OPM Solicitados									
39- Tabela		40- Código do OPM		41- Descrição OPM		42- Qtde. 43- Fabricante		44- Valor Unitário R\$	
1- 00597007		00597007		Parafuso interfacial		02		__ __	
2- 00597004		00597004		Parafuso interfacial		01		__ __	
3- 78898676		78898676		Lamina SPANER		01		__ __	
4- 00316710		00316710		Fix. Sutura de menisco		01		__ __	
5- 00316710		00316710		Parafuso de rodoposição		01		__ __	
Dados da Autorização									
45- Data Provável da Admissão Hospitalar 12/09/23				46- Qtde. Diárias Autorizadas _ _		47- Tipo de Acomodação Autorizada _ _			
48- Código na Operadora / CNPJ _ _ _ _ _				49- Nome do Prestador Autorizado _ _ _ _ _				50- Código CNES _ _ _ _ _	
51- Observação com RM formecidos ortossu									
52- Data e Assinatura do Médico Solicitante 01/09/23 Dr. Mauro S. Kanashiro Ortopedia e Traumatologia CRM 5460									
53- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/____				54- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/____					