

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

MATHEUS GUIRHERME MONTANINI

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

SANTA CASA de Londrina

14 - Nome do Profissional Solicitante

M. Amaro S. Kauer

15 - Conselho Profissional

CRM

16 - Número no Conselho

5460

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

Santa Casa de Londrina

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

E

23 - Tipo de Internação

M

24 - Regime de Internação

C

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

001

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Paciente com lesões de ligamento cruzado anterior + lesões de meniscos + lesões lombares de pelvis. Exigindo o tratamento cirúrgico.

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M5835

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M232

31 - CID 10 (3) (Opcional)

K117

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	30733073	- Reconstituição do LCA E		
02	30733057	- Meniscectomia com sutura de menisco		
03		- Condiloplastia		
04	30733049	- Retirada de ENXERTO		
05	30733119	- TX Video		
06				
07				
08		Parafuso intertrocant	02	
09		Canais Stakes	01	
10		Kit Sutura de Menisco Cross Fix	03	
11				
12				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

20/06/2024

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

14/06/2024

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

Maurício S. Kauer
CRM 59.460
CPF: 12.506.589-04

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização