

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

Lucca Camargo Apendo da Silva

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Mauricio S. Kanashiro

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

MATER Dei

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

Paciente com lesões do LCA + lesões de menisco medial + lesão longitudinal de joelho direito. Necessita de tratamento cirúrgico

29 - CID 10 Principal (Opcional)

S835

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M232

31 - CID 10 (3) (Opcional)

M17

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	Neurolise de LCA	01	
02	30733065	Sutura de menisco	01	
03	30733049	Lendroplastia	01	
04	30731119	Retirada de enxerto	01	
05	60024151	T x Vídeos	01	
06				
07	00590045	Exame físico	01	
08	70530815	Parafusos interferência	02	
09	70898676	Kit. Sutura de menisco	02	
10				
11				
12				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

05/05/2023

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

CIRAM.

46 - Data da Solicitação

26/04/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização