

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>92912024</b>	
4 - Data da Autorização <b>20/10/2023 10:32</b>	5 - Senha <b>92912024</b>	6 - Data de Validade da Senha <b>19/12/2023</b>

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira <b>0050000005574814</b>	8 - Validade da Carteira <b>04/04/2025</b>	9 - Atendimento de RN <b>N</b>
50 - Nome Social		
10 - Nome <b>BEATRIZ MORAES LADEIA</b>		

Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora <b>07.142.188/0001-51</b>		13 - Nome do Contratado <b>SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA</b>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>	16 - Número do Conselho <b>26535</b>	17 - UF <b>41</b>	18 - Código CBO <b>225270</b>

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>07.142.188/0001-51</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>06/11/2023 00:00</b>
22 - Caráter do Atendimento <b>1</b>	23 - Tipo de Internação <b>C</b>	24 - Regime de Internação <b>1</b>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>1</b>	26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>	27 - Previsão de uso de Quimioterápico <b>N</b>
28 - Indicação Clínica S835 Reconstrução Ligamentar					
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) <b>9</b>

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.	
1- <b>22</b>	<b>30726190</b>	<b>LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS - TRATAMENTO CIRUR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
2- <b>22</b>	<b>30733049</b>	<b>OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
3- <b>22</b>	<b>30733073</b>	<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
4- <b>22</b>	<b>30731216</b>	<b>TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
5- <b>18</b>	<b>60000805</b>	<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
6- <b>18</b>	<b>60024151</b>	<b>ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PAR</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
7-		_____			
8-		_____			
9-		_____			
10-		_____			
11-		_____			
12-		_____			

Dados da autorização				
39 - Data provável da Admissão hospitalar		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>	41 - Tipo de Acomodação autorizada <b>1</b>	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>07.142.188/0001-51</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA</b>		44 - Código CNES <b>2729539</b>
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 20/10/2023 / Empresa / Titular: WLALDELINE MORAES				
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>92912024</b>	4 - Senha <b>92912024</b>	5 - Data da Autorização <b>20/10/2023 10:32</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92912024</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000005574814</b>	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome	BEATRIZ MORAES LADEIA
----------	-----------------------

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>RODRIGO SERIKAWA DE MEDEIROS</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

#### Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
Paciente apresenta lesões ligamentares em joelho esquerdo, demonstradas em exame físico e de imagem. Necessita de tratamento cirurgico
S835 Reconstrução Ligamentar

## OPME Solicitadas

[illegible]

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3249-3000 / Emitido em 20/10/2023 / Empresa / Titular: WLALDELINE MORAES

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---