

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

Fabrício Lucio de Souza

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

Maurício Kashiwa

15 - Conselho  
Profissional

16 - Número no Conselho

5460

17 - UF

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

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

0 0 1

26 - Previsão de uso de OPME

27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Paciente com lesões de menisco lateral  
e lesões condrais de joelho esquerdo.  
Necessita de tratamento cirúrgico

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M232

30 - CID 10 (2) (Opcional)

M114

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-	30.73.30.65	VIDEOARTROSCÓPIA PARA MENISCO	01	
02-	30.73.30.49	CONDROPLASTIA SUTURA	01	
03-	60.02.41.51	TX VIDEO	01	
04-				
05-				
06-				
07-	00.59.00.45	LAZER STATION	01	
08-	78.89.86.76	KIT SUTURA DE MENISCO	03	
09-				
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

CI R.N. Dr. Mauricio S. Kashiwa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 5460

46 - Data da Solicitação

29/04/2023

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização