



Bradesco
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

2314350

1 - Registro ANS 005711		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 114 862 000 302 015		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN							
10 - Nome Sulmarita				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do Contratado Solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado									
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho		17 - UF		18 - Código CBO			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação											
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIONTE			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 Lesão LCA do JOELHO @											
29 - CID 10 Principal		30 - CID 10 (2)		31 - CID 10 (3)		32 - CID 10 (4)		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-		30AB3073		Les				0			
02-		30731276		EXAME				02			
03-				TESTE							
04-											
05-											
06-											
07-				1 PULSA							
08-				E DO BOTO							
09-				1 EXAME STANLEY							
10-				1 PULSAÇÃO MENTE							
11-				1 PULSAÇÃO MENTE							
12-				1 PULSAÇÃO MENTE							
Dados da Autorização											
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo de Acomodação Autorizada							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado								44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa											
Dr. Joao Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 28617											
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

Solicitação de Autorização de Materiais Especiais

Hospital possui acordo para procedimento padronizado (pacote) para o evento solicitado? ☐ Sim ☐ Não

O segurado encontra-se internado para realização do procedimento solicitado? ☐ Sim ☐ Não

O segurado não está internado mas o procedimento solicitado é decorrente de fratura? ☐ Sim ☐ Não

Solicitante **Dr. Joao Paulo F. Guerreiro**
Ortopedia e Traumatologia Data da Solicitação
/ /

Hospital/Clinica **CRM/PR 28617**
UNORTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA Código de referenciamento do Hospital/Clinica Telefone do Hospital/Clinica
(43) 3377-0900

Nome do segurado (paciente) Matrícula Idade Sexo
774 862000302015 39 ☐ M ☒ F

Procedimento(s) cirúrgico(s) Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)
LCA 30733073
TRANSPOSIÇÃO DE TENDÃO 30731216

Nome do médico cirurgião **Dr. Joao Paulo F. Guerreiro**
Ortopedia e Traumatologia CRM Telefone do Consultório Celular
CRM/PR 28617 (43) 3377-0914 (-) -

Relatório Médico detalhado (caso o campo seja insuficiente, anexar relatório médico)

Lesão do LCA Joelho esquerdo

Discriminação dos materiais solicitados

Item	Marca	Código do material	Especificação do material	Valor
1		01	Placa Endobutton	
2		02	Lamina de Shalva	
3		03	Radiofrequência	
4		04	Parafusos de	
5			interferência Absorvível	
6				
7				
8				
9				
10				

Anexar todos os laudos de exames que justifiquem a indicação cirúrgica.

Assinatura do cirurgião **Dr. Joao Paulo F. Guerreiro**
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 28617

Os campos são de preenchimento obrigatório, a falta de um deles prejudicará a análise