



Bradesco
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

2314300

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 882366400054018	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN	11 - Cartão Nacional de Saúde
10 - Nome Vitor V. Daniel Otaviano	
Dados do Contratado Solicitante	
12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
14 - Nome do Profissional Solicitante Marcos V. Daniel	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
21 - Data Sugerida para Internação	
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação C
24 - Regime de Internação U	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 03
26 - Previsão de Uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica Artrose fêmur	

29 - CID 10 Principal M57.1	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-		Artroplastia total	01	
02-		fêmur		
03-				
04-				
05-		kt prótese total importada		
06-		protese cps	01	
07-		cimento	02	
08-				
09-				
10-		kt lavagem pulv 1	01	
11-				
12-				

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			

Artrose avançada e deformidade em valgo

Dr. Marcos V. Danieli
Ortopedia e Cirurgia do Joelho

CRM/PR 18.734

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---