

BRADESCO

Sexta - 7:00

20103

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

123456789012

Logo da Empresa

1 - Registro ANS	3 - Data de Solicitação	4 - Senha (quando se aplica)	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário		6 - Validade da Carteira		
7 - Número da Carteira	10 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
9 - Nome Robertson Coetano P.				
Dados do Contratado Solicitante				
11 - Código do Contratado na Operadora		12 - Nome do Contratado		
13 - Nome do Profissional Solicitante		14 - Conselho Profissional	15 - Número no Conselho	16 - UF
17 - Código CBO S		20 - Data sugerida p/ internação		
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação		19 - Nome do Hospital/Clinica		
18 - Código do Contratado Solicitado na Operadora		21 - Caráter da Internação		
22 - Tipo de Internação		23 - Regime de Internação		
24 - Qtd. Diárias Solicitadas		25 - Indicação Clínica		
COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE				
Secundária osteonecrose: cabeça do fêmur				
Hipóteses Diagnósticas				
26 - Tipo Doença		27 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente		28 - Indicação de Acidente
29 - CID 10 Principal		30 - CID 10 (2)		31 - CID 10 (3)
32 - CID 10 (4)		33 - Qtd. Solic 37 - Qtd. Aut		
Procedimentos Solicitados				
34 - Código do Procedimento		35 - Descrição		
36 - Qtd. Solic 37 - Qtd. Aut		ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: QUALQUER TÉCNICA OU VERSÃO		
38 - Qtd. Diárias Autorizadas		PROTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA:		
39 - Tipo da Acomodação Autorizada		ACETABULO SEM CIMENTO + 02 PARAFUSOS ACETABULAR		
40 - Código CNE		LINER ACETABULAR POLIETILENO CROSSLINKED		
41 - Código / Registro do Contratado na Operadora		HASTE FEMUR NÃO CIMENTADO		
42 - Nome da Unidade de Internação Autorizada		CABECA FEMORAL CERAMICA		
43 - Observação		02 OPSITES + 01 LAP IMPERMEAVEL DESCARTAVEL		
44 - Assinatura do Médico Solicitante		45 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		47 - Assinatura do Responsável pela Autorização