



Bradesco
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia do Prestador

2343980

1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data da Autorização 11/11/11		5 - Senha		
6 - Data de Validade da Senha 11/11/11				
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 11900119 339 509 012		8 - Validade da Carteira		
9 - Atendimento a RN		11 - Cartão Nacional de Saúde		
10 - Nome Gabriel Rufino Manoel				
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado União		
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		
16 - Número no Conselho 17995		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		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 Dor + Instabilidade artros Joelho SI melhora c/ fis climo				
29 - CID 10 Principal M20.9		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-		VINGO pl LCA		
02-	30733073	VINGO pl osteocondray b		
03-	30733049	VINGO pl menisco		
04-	30733065	TRANSPOSIÇÃO + 1 LONCH		
05-	30731216	TX VINGO		
06-		LAVAGEM SHARER pl/mole		
07-		LAVAGEM SHARER pl/osso		
08-		PARAFRASES INFLAM		
09-		PLACC ORTOHEDRO 01		
10-				
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 UNES		
45 - Observação / Justificativa				
46 - Data da Solicitação				
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre Oliveira Queiroz CRM: 17905		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			Data da Solicitação 09/05/2023	
ALEXANDRE O. QUEIROZ				
Hospital/Clinica UNIORTE		Código de referenciamento do Hospital/Clinica		Telefone do Hospital/Clinica (43)3377 -0900
Nome do segurado (paciente) GABRIEL RUFINO MANOEL		Matrícula	Idade	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Procedimento(s) cirúrgico(s)		Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)		
VIDEO PARA LCA		30733073		
VIDEO PARA OSTEOCONDRÓPLASTIA		30733049		
VIDEO PARA MENISCO		30733065		
TRANSPOSIÇÃO DE TENDÃO		30731216		
Nome do médico cirurgião	CPF	CRM	Telefone do Consultório	Celular
Relatório Médico detalhado (caso o campo seja insuficiente, anexar relatório médico)				

DOR + INSTABILIDADE ANTERIOR JOELHO DITEITO. SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO.

Discriminação dos materiais solicitados

Item	Marca	Código do material	Especificação do material	Valor
1			1 LAMINA DE SHAVER P/ MOLES	
2			1 LAMINA DE SHAVER P/ OSSEO	
3			1 PLACA ENDOTTON	
4			1 PARAFUSO INTERFERENCIA BIOABSORVIVEL	
5				
6				
7				
8				
9				
10				

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

Assinatura do cirurgião

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedista
CRM/PR 17905

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

ABRIL/2021

Cód. Form. Eletr. 0374