



**Bradesco**  
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

914574

*Resumo*

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					
Dados do Beneficiário					
7 - Número da Carteira 960019393522002		8 - Validade da Carteira			
10 - Nome BRUNA L. POSTRELO		9 - Atendimento a RN			
Dados do Contratado Solicitante		11 - Cartão Nacional de Saúde			
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			
22 - Caráter do Atendimento E		23 - Tipo de Internação C			
24 - Regime de Internação H		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01			
26 - Previsão de Uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico			
28 - Indicação Clínica Lerda LCA e membro inferior esquerdo					
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- 30733973		Reconstrução LCA		01	
02- 30731216		Transposição de tendão		01	
03- 30733065		Reparo do menisco		01	
04- 30733930		condroplastia		01	
05-					
06-					
07-					
08-					
09-					
10-					
11-					
12-					
Endoprotese		Artroscopia		01	
Artroscopia		Artroscopia		01	
Kit Sutura		GROSS KIT		03	
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					
46 - Data da Solicitação					
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Roberto G. Gasparelli Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 32.304					
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Bruno Lf					
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					

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 <b>Dr. Roberto G. Gasparelli</b> Ortopedia e Traumatologia		Data da Solicitação / /	
Hospital/Clinica <b>UNORTE ORTOPEDIA ESPECIALIZADA</b> CRM-PR 32.428 TEOT 15.389	Código de referenciamento do Hospital/Clinica		Telefone do Hospital/Clinica <b>(43) 33770900</b>
Nome do segurado (paciente) <b>Bruna Kethiana Paschoa</b>	Matrícula <b>960019393522002</b>	Idade <b>35 anos</b>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
Procedimento(s) cirúrgico(s) <b>Lex</b>		Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) <b>3073 3073</b>	
<b>membr</b>		<b>3073 3065</b>	
<b>condroplastia</b>		<b>3073 3030</b>	
<b>transposições do fêmur</b>		<b>3073 1216</b>	
Nome do médico cirurgião <b>Dr. Roberto G. Gasparelli</b> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 32.428 TEOT 15.389	CPF	Telefone do Consultório <b>(43) 33770900</b>	Celular <b>(43)</b>
Relatório Médico (se o campo for insuficiente, anexar relatório médico)			

**Lexão do LCA + membr membr joelho esquerdo**

## Discriminação dos materiais solicitados

Item	Marca	Código do material	Especificação do material	Valor
1			(01) Caminha de Shaver	
2			(01) Placa Endobutton	
3			(03) Kit p/ suture de	
4			membr Aoss fix	
5			(01) Parafuso de infusão	
6			absorvível	
7				
8				
9				
10				

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

Assinatura do cirurgião  
**Dr. Roberto G. Gasparelli**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 32.428 TEOT 15.389

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