



**Bradesco**  
Saúde

## 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

Hospital/Clinica

Código de referenciamento do Hospital/Clinica

Telefone do Hospital/Clinica

Nome do segurado (paciente)

Matrícula

Idade

Sexo

☐ M ☐ F

Procedimento(s) cirúrgico(s)

Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)

Nome do médico cirurgião

CPF

CRM

Telefone do Consultório

Celular

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

Discriminação dos materiais solicitados

| Item | Marca | Código do material | Especificação do material | Valor |
|------|-------|--------------------|---------------------------|-------|
| 1    |       | 71502645           | Âncora Suggerknot         | 03    |
| 2    |       | 70917582           | Witmer Sutura             | 02    |
| 3    |       | 78407036           | Proteção de tendão        | 01    |
| 4    |       | 78420939           | Costura sem fio           | 01    |
| 5    |       | 74683080           | Crânio                    | 01    |
| 6    |       | 78362830           | Âncora sutura             | 01    |
| 7    |       |                    |                           |       |
| 8    |       |                    |                           |       |
| 9    |       |                    |                           |       |
| 10   |       |                    |                           |       |

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

Assinatura do cirurgião

Dr. Daniel F. Vieira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PR 19475 / TEOT 9918

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

DEZEMBRO/2009

Cód. Form. Eletr. 0374

ANS - nº 005711

## 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 Guilherme Pavesana Data da Solicitação / /

Hospital/Clinica Unimot Código de referenciamento do Hospital/Clinica  Telefone do Hospital/Clinica ( ) -

Nome do segurado (paciente) Neuza Feres Serrato Matrícula  Idade  Sexo ☐ M ☐ F

Procedimento(s) cirúrgico(s)  Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)

Nome do médico cirurgião Dr. Guilherme José M. Piovesana CPF  CRM  Nome do médico consultório Dr. Guilherme José M. Piovesana Celular ( ) -  
Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 30165 Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 30165

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

Ruptura do manguito lateral + Condromioma

### Discriminação dos materiais solicitados

| Item | Marca | Código do material | Especificação do material    | Valor |
|------|-------|--------------------|------------------------------|-------|
| 1    |       | <u>70917582</u>    | <u>① Laminas de Shaver</u>   |       |
| 2    |       | <u>78407036</u>    | <u>② Rádios para fixação</u> |       |
| 3    |       |                    |                              |       |
| 4    |       |                    |                              |       |
| 5    |       |                    |                              |       |
| 6    |       |                    |                              |       |
| 7    |       |                    |                              |       |
| 8    |       |                    |                              |       |
| 9    |       |                    |                              |       |
| 10   |       |                    |                              |       |

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

Assinatura Dr. Guilherme José M. Piovesana  
Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 30165

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

ABRIL/2021

Cód. Form. Eletr. 0374

ANS - nº 005711