



Bradesco
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

15899

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 880 099 800019 009		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN		11 - Cartão Nacional de Saúde	
10 - Nome Miguel Eugenio Grandini			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado União	
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM: 17905		15 - Conselho Profissional	
16 - Número no Conselho 17 905		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 11/11/11			
22 - Caráter do Atendimento E		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 03	
26 - Previsão de Uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterapia	
28 - Indicação Clínica DOR + DEformidade JOELHO DR e/ IN capacidade funcional e médio e 1to Clunna			
29 - CID 10 Principal M11.9		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
01- 02- 03- 04- 05- 06- 07- 08- 09- 10- 11- 12-	30726034	Artroplastia total JOELHO PRótese total JOELHO PERONA	
38 - Qtde A			
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 11/11/11		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 11/11/11			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia 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
 ALEXANDRE O. QUEIROZ

Data da Solicitação
 03/03/2023

Hospital/Clinica
 UNIORTE

Código de referenciamento do Hospital/Clinica

Telefone do Hospital/Clinica
 () -

Nome do segurado (paciente)
 MIGUEL EUGENIO GRANDINI

Matricula

Idade

Sexo
☐ M ☐ F

Procedimento(s) cirúrgico(s)

Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)
 30726034

ARTROPLASTIA DE JOELHO

Nome do médico cirurgião
 ALEXANDRE O. QUEIROZ

CPF

CRM
 17905

Telefone do Consultório
 (43) 3377 -0900

Celular
 () -

Relatório Médico detalhado (caso o campo seja insuficiente, anexar relatório médico)
DOR + DEFORMIDADE EM JOELHO DIREITO COM INCAPACIDADE FUNCIONAL. SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO.

Discriminação dos materiais solicitados

Item	Marca	Código do material	Especificação do material	Valor
1			KIT PROTESE TOTAL DE JOELHO PERSONA - IMPORTADA CIMENTOS	
2				
3				
4				
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
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 17905

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

Cód. Form. Eletr. 0374

ABRIL/2021