



**Bradesco**  
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1589986

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 426 544 100 250 018		8 - Validade da Carteira 11/11/11	
9 - Atendimento a RN		11 - Cartão Nacional de Saúde	
10 - Nome Wanda Correia Bonalumi			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado União	
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira		15 - Conselho Profissional	
16 - Número no Conselho 17905		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		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 03	
26 - Previsão de Uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica Der + Deficiência em Vano Jocão 65x 51 melhora a Hb clínica			
29 - CID 10 Principal M179		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- 30726034		Arho plasma total	
02- 30726034		Jocão 65x	
03- 30726034		KIT protese total	
04- 30726034		ingestivos	
05- 30726034			
06- 30726034			
07- 30726034			
08- 30726034			
09- 30726034			
10- 30726034			
11- 30726034			
12- 30726034			
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 11/11/11			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira		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) VANDA CORREIA BONALUMI	Matrícula	Idade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Procedimento(s) cirúrgico(s) ARTROPLASTIA DE JOELHO		Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) 30726034		
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 VARO JOELHO ESQUERDO. SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO.**

## Discriminação dos materiais solicitados

Item	Marca	Código do material	Especificação do material	Valor
1			KIT PROTESE TOTAL DE JOELHO IMPORTADA	
2			2 - CIMENTOS	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

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

Assinatura do cirurgião

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

ABRIL/2021

Cód. Form. Eletr. 0374

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 17905