

Ana Paula

1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
<b>Dados do Beneficiário</b>			
7 - Número da Carteira 9831963457931919		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN N			
10 - Nome NEUSA PEREIRA SERRATO		11 - Cartão Nacional de Saúde	
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Unorte	
14 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA		15 - Conselho Profissional CRM	
16 - Número no Conselho 19475 PR		17 - UF PR	
18 - Código CBO			
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado Unorte	
21 - Data Sugerida para Internação			
22 - Caráter do Atendimento E	23 - Tipo de Internação I	24 - Regime de Internação I	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 10
26 - Previsão de Uso de OPME S	27 - Previsão de uso de quimioterápico		
28 - Indicação Clínica  E                      2                      1                      2 LESAO DO MANGUITO ROTADOR d NECESSITANDO REPARO, ARTROPATIA ACROMIOCLAVICULAR NECESSITANDO RESSECÇÃO LATERAL DA CLAVICULA, SINDROME DO IMPACTO NECESSITANDO ACROMIOPLASTIA TENOTOMIA CABO LONGO DO BICEPS POR TENDINOPATIA A                      3 M Ombro direito			
29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
<b>Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados</b>			
34 - Tabela M75.1	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic      38 - Qtde Aut
01-			
02-			
03-	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR	1
04-	30735033	ACROMIOPLASTIA	1
05-	30735084	RESSECÇÃO LATERAL CLAVICULA	1
06-	30735092	TENOTOMIA CABO LONGO BICEPS	1
07-		ANCORA JUGGERKNOT montada C/2 FIOS	3
08-		PONTEIRA SHAVER (MOLE/OSSEA)	2
09-		PONTEIRA RADIOFREQUENCIA	1
10-		EQUIPO BOMBA DE INFUSAO - 10K	1
11-		CANULA ARTROSCOPICA	1
12-		AGULHA FLEXIVEL SUTURA	1
<b>Dados da Autorização</b>			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Taxa de vídeo de Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES	
45 - Observação / Justificativa			
Dr. Daniel F. F. Vieira CRM/PR 19475 TEOT 9918			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização





**Bradesco**  
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

914574

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 952509345793010		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN		11 - Cartão Nacional de Saúde	
10 - Nome NEUSA PEREIRA SENECA			
Dados do Contratado Solicitante			
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	
21 - Data Sugerida para Internação			
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 Ruptura menisco lateral + Condromatose Joelho E			
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
01- 302330065		Reparo menisco	1
02- 30233030		Condromatose	1
03- 30233030		Taxa de vídeo	1
04- 30233030			
05- 30233030			
06- 30233030			
07- 30233030			
08- 30233030			
09- 30233030			
10- 30233030			
11- 30233030			
12- 30233030			
13- 30233030			
14- 30233030			
15- 30233030			
16- 30233030			
17- 30233030			
18- 30233030			
19- 30233030			
20- 30233030			
21- 30233030			
22- 30233030			
23- 30233030			
24- 30233030			
25- 30233030			
26- 30233030			
27- 30233030			
28- 30233030			
29- 30233030			
30- 30233030			
31- 30233030			
32- 30233030			
33- 30233030			
34- 30233030			
35- 30233030			
36- 30233030			
37- 30233030			
38- 30233030			
39- 30233030			
40- 30233030			
41- 30233030			
42- 30233030			
43- 30233030			
44- 30233030			
45- 30233030			
46- 30233030			
47- 30233030			
48- 30233030			
49- 30233030			
50- 30233030			
51- 30233030			
52- 30233030			
53- 30233030			
54- 30233030			
55- 30233030			
56- 30233030			
57- 30233030			
58- 30233030			
59- 30233030			
60- 30233030			
61- 30233030			
62- 30233030			
63- 30233030			
64- 30233030			
65- 30233030			
66- 30233030			
67- 30233030			
68- 30233030			
69- 30233030			
70- 30233030			
71- 30233030			
72- 30233030			
73- 30233030			
74- 30233030			
75- 30233030			
76- 30233030			
77- 30233030			
78- 30233030			
79- 30233030			
80- 30233030			
81- 30233030			
82- 30233030			
83- 30233030			
84- 30233030			
85- 30233030			
86- 30233030			
87- 30233030			
88- 30233030			
89- 30233030			
90- 30233030			
91- 30233030			
92- 30233030			
93- 30233030			
94- 30233030			
95- 30233030			
96- 30233030			
97- 30233030			
98- 30233030			
99- 30233030			
100- 30233030			
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 Ortopedia e Traumatologia Cirúrgia do Joelho CRM-PR 36165 / SBOT 14548			
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			