



**Bradesco**  
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

2343980

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				
<b>Dados do Beneficiário</b>				
7 - Número da Carteira 374 069 012362 018		8 - Validade da Carteira		
9 - Atendimento a RN				
10 - Nome Pamela Cristina C. Queiroz		11 - Cartão Nacional de Saúde		
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado União		
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 17905		15 - Conselho Profissional		
16 - Número no Conselho 17 905		17 - UF		
18 - Código CBO				
<b>Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação</b>				
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 91		
26 - Previsão de Uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico		
28 - Indicação Clínica Dor + limitações p/ ND S/ Melhorar c/ Lto Clínico.				
29 - CID 10 Principal M14.34		30 - CID 10 (2) M23.9		
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	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	3073 3065	Vitro p/ monitor		
02-	3073 3030	Vitro p/ Condicionador		
03-	3073 3193	Vitro p/ Release dentário		
04-		TX Vitro		
05-		Laminar Sharar p/ vitros		
06-		Procedimento p/ fratura		
07-				
08-				
09-				
10-				
11-				
12-				
<b>Dados da Autorização</b>				
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 Oliveira Queiroz Ortopedista CRM/PR 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			Data da Solicitação	
ALEXANDRE O. QUEIROZ				
Hospital/Clinica UNIORTE	Código de referenciamento do Hospital/Clinica		Telefone do Hospital/Clinica ( 43)3377 -0900	
Nome do segurado (paciente) PAMELA CRISTINA CORREIA PEREIRA	Matrícula	Idade	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Procedimento(s) cirúrgico(s)		Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)		
VIDEO PARA MENISCO		30733065		
VIDEO PARA CONDRÓPLASTIA		30733030		
VIDEO PARA RELEASE PATELA		307333103		
Nome do médico cirurgião ALEXANDRE QUEIROZ	CPF	CRM 17905	Telefone do Consultório (43 )3377 -0900	Celular ( ) -

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

**DOR + LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES. SEM MELHORA COM TRATAMENTO CLINICO**

### Discriminação dos materiais solicitados

Item	Marca	Código do material	Especificação do material	Valor
1				
2			LAMINA DE SHAVER PARTES MOLES	
3			RADIOFREQUENCIA	
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  
Ortopedista  
CRM/PR 17905

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

ABRIL/2021

Cód. Form. Eletr. 0374



Nome: PAMELA CRISTINA CORREIA PEREIRA  
Data de nascimento: 20/12/1993

Exame: JOELHO DIREITO  
Data do exame: 24/02/2023 17h32

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

**Técnica:**

Realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1, T2 e DP.

**Análise:**

Rotura radial oblíqua no corno posterior do menisco medial, associada a sinais de perimeniscite e extrusão do corpo.

Tênuas edemas ósseos subcondrais nas bordas centrais periféricas do côndilo femoral e do planalto tibial mediais, por sobrecarga mecânica.

Menisco lateral discoide parcial, sem rotura.

Tróclea femoral discretamente rasa.

Patela normoposicionada, com mínima inclinação lateral.

Condromatose patelar, com fissuras condrais superficiais na faceta lateral.

Moderado derrame articular.

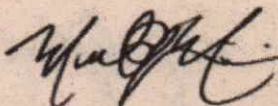
Tendão do quadríceps e ligamento patelar sem alterações.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Demais estruturas ligamentares e musculotendíneas de aspecto habitual.

Meniscos com morfologias e intensidades de sinais normais.

Feixes neurovasculares sem alterações.



**Dr. Marcelo Garcia Marini**  
CRM / PR 27505



Nome: PAMELA CRISTINA CORREIA PEREIRA  
Data de nascimento: 20/12/1993

Exame: JOELHO DIREITO  
Data do exame: 24/02/2023 17h32

Não há evidência de formações expansivas no segmento analisado.

**Conclusão:**

Rotura radial oblíqua no corno posterior do menisco medial, associada a sinais de perimeniscite e extrusão do corpo.

Tênues edemas ósseos subcondrais nas bordas centrais periféricas do côndilo femoral e do planalto tibial mediais, por sobrecarga mecânica.

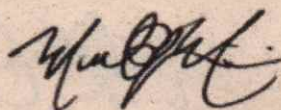
Menisco lateral discoide parcial.

Tróclea femoral discretamente rasa.

Patela com mínima inclinação lateral.

Condropatia patelar, com fissuras condrais superficiais na faceta lateral.

Moderado derrame articular.



**Dr. Marcelo Garcia Marini**  
**CRM / PR 27505**