



Bradesco
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

858154

99687-5368

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		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento a RN			
10 - Nome GEMIVALDO Alex Marques		11 - Cartão Nacional de Saúde	
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		23 - Tipo de Internação	
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	
26 - Previsão de Uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica			
<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura do subscapular ombro direito • Lesão labral ombro esquerdo • Sequela de fratura - ulna da tuberosidade menor 			

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	38 - Qtde Aut
01-	3073506-8	pequeno leito de madeira		
02-	3073504-1	pequeno leito cabine		
03-	3071742-4	ortopedia da cintura escapular		
04-		2 shaver		
05-		2 curativos		
06-		1 mofo de gesso		
07-		2 pontos injetores (fluido)		
08-		2 fast lock 0,5m RN		
09-		1 agulha 27x1,5		
10-				
11-				
12-				

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			

Dr. Bruno Bosio
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 32301 / TEOT 15190
Av. Bandelrantes, 460
Tel.: 3379-2200

46 - Data da Solicitação			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

