



**Bradesco**  
Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

2343980

1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		6 - Data de Validade da Senha	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	
Dados do Beneficiário				9 - Atendimento a RN	
7 - Número da Carteira				8 - Validade da Carteira	
10 - Nome				11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante				13 - Nome do Contratado	
12 - Código na Operadora				13 - Nome do Contratado	
14 - Nome do Profissional Solicitante				15 - Conselho Profissional	
14 - Nome do Profissional Solicitante				16 - Número no Conselho	
14 - Nome do Profissional Solicitante				17 - UF	
14 - Nome do Profissional Solicitante				18 - Código CBO	
Dados do Hospital / Local Solicitado				21 - Data Sugerida para Internação	
19 - Código na Operadora / CNPJ				20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
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					
Luxação tornozelo direito Dor + incontinência funcional					
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					
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					
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

Soicitante **ALEXANDRE O. QUEIROZ** Data da Solicitação **09/05/2023**

Hospital/Clinica **UNIORTE** Código de referenciamento do Hospital/Clinica **( 43)3377 -0900** Telefone do Hospital/Clinica

Nome do segurado (paciente) **KELLY CRISTINA CAMPELO LUCIANO** Matrícula **M** Idade **F** Sexo ☐ M ☐ F

Procedimento(s) cirúrgico(s)	Código do(s) procedimento(s) cirúrgico(s)
VIDEO PAR LIGAMENTO PATELO FEMORAL	30733103
VIDEO PARA CONDROPLASTIA	30733030
TRANSPOSIÇÃO DE TENDÃO	30731216

Nome do médico cirurgião **Relatório Médico detalhado (caso o campo seja insuficiente, anexar relatório médico)** CPF **CRM** Telefone do Consultório **Celular**

**LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DA PATELA – ESQUERDA. DOR + INCAPACIDADE FUNCIONAL**

### Discriminação dos materiais solicitados

Item	Marca	Código do material	Especificação do material	Valor
1			1 LAMINA DE SHAVER P/ MOLES	
2			1 LAMINA DE SHAVER P/ OSSEO	
3			1 RADIOFREQUENCIA	
4			1 PARAFUSO INTERFERENCIA BIOABSORVIVEL	
5			2 ANCORAS MONTADAS	
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**