

1 - Registro ANS 343269	3 - Data da Autorização _/_/___/___	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha _/_/___/___	6 - Data de Emissão da Guia _/_/___/___
----------------------------	--	-----------	---	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira _/_/___/___	8 - Plano	9 - Validade da Carteira _/_/___/___
---------------------------------------	-----------	---

10 - Nome Andre Luis Quiroga	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _/_/___/___
---------------------------------	--

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _/_/___/___	13 - Nome do Contratado HoNPar	14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante Mauro Renato Pascotini	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 15.113
	18 - UF PR	19 - Código CBO S

## Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ _/_/___/___	21 - Nome do Prestador HoNPar
22 - Caráter da Internação _U_ E - Eletiva E - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação _2_ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação _1_ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _0_0_1_

26 - Indicação Clínica DOR POSTERIOR EM PERNA esquerda . AO EXAME FÍSICO COM THOMPSON (+) PARA RUPTURA DE TENDÃO DE CALCANEIO (AQUILES), DEPRESSÃO EM REGIÃO DO TENDÃO DO CALCÂNEO, DEFICIT DE MARCHA E PRESENÇA DE DOR
--

## Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença _A_ A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _0_ - A-Anos M-Meses D-Dias	29 - Indicação de Acidente _0_ 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal M86.0	31 - CID 10 (2) _/_/___/___	32 - CID 10 (3) _/_/___/___
	33 - CID 10 (4) _/_/___/___	

## Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut.
1- _/_/___	_3_0_7_2_9_2_7_0_	Rotura do tendão de Aquiles - tratamento cirúrgico	_0_1_	_/_/___
2- _/_/___	_3_0_7_3_1_1_1_9_	Tenoplastia / enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	_0_1_	_/_/___
3- _/_/___	_/_/___/___		_/_/___	_/_/___
4- _/_/___	_/_/___/___		_/_/___	_/_/___
5- _/_/___	_/_/___/___		_/_/___	_/_/___

## OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- _/_/___	_/_/___/___	Sistema de sutura do tendão de aquiles - STA	_0_1_	G M Reis	_/_/___/___
2- _/_/___	_/_/___/___	Fio de UHMWPE com agulha	_0_6_	G M Reis	_/_/___/___
3- _/_/___	_/_/___/___		_/_/___		_/_/___/___
4- _/_/___	_/_/___/___		_/_/___		_/_/___/___
5- _/_/___	_/_/___/___		_/_/___		_/_/___/___

## Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _1_6_/_0_8_/_2_3_	46 - Qtde. Diárias Autorizadas _/_/___	47 - Tipo da Acomodação Autorizada _/_/___
48 - Código na Operadora / CNPJ _/_/___/___	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
51 - Observação Solicitado Dr. Mauro R. Pascotini Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 14308	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/___/___	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/___/___
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _0_8_/_0_8_/_2_3_		

## ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR / BENEFICIÁRIO:

1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (não sombreados) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;

2- A solicitação de revisão de glosas é de até 60 (sessenta) dias após a data do pagamento. Acima deste prazo, as glosas serão consideradas aceitas pelo credenciado.

**"Os usuários das empresas em que haja co-participação estão cientes de que a sua participação será descontada em folha de pagamento."**