

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

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 Robert Meriso de Oliveira	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 Julio César Borin	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 15113	18 - UF	19 - Código CBO S
---	--	---	---------	-------------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ _ _ _ _ _	21 - Nome do Prestador
--	------------------------

22 - Caráter da Internação E E - Eletiva U - 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 incapacitante com falseios e bloqueio articular no joelho DIREITO, com lesão ligamentar e meniscal. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR, BLOQUEIO e INCAPACIDADE FUNCIONAL.

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença A A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _ _ - _ A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 2 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
--	--	---

30 - CID 10 Principal _ _ S _ 8 _ 3	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- 0 1	3 0 7 3 3 0 7 3	Artroscopia Joelho Reconstrução LCA	0 1	
2- _ _	3 0 7 3 1 2 2 4	Retirada de enxerto	0 1	
3- _ _	3 0 7 3 3 0 6 5	Reparo do Menisco	0 1	
4- _ _				
5- _ _				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- _ _		Taxa de vídeo	0 1		
2- _ _		Lâmina de Shaver	0 2		
3- _ _		Parafuso de interferência ABSORVÍVEL	0 1		
4- _ _		ToggleLoc (Dispositivo ajustável)	0 1	Zimmer Biomet	
5- _ _		Kit sutura de menisco all inside 1 ponto	0 3	Zimmer Biomet	

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _ 1 _ 8 _ / _ 0 _ 3 _ / _ 2 _ 4 _	46 - Qtde. Diárias Autorizadas _ _ _	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
--	---	------------------------------------

48 - Código na Operadora / CNPJ _ _ _ _ _	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
--	-----------------------------------	------------------

51 - Observação
Dr. Julio Cesar Borin
Ortopedia
CRM-PR 15113
Sugiro liberação para a Empresa Arthrom

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _ 0 _ 7 _ / _ 0 _ 3 _ / _ 2 _ 4 _	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _ _ _ / _ _ _ / _ _ _
---	--	---

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 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."