

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS <b>343269</b>	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 <b>Maria Luisa Reis da Silva</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _	13 - Nome do Contratado <b>Araújo, Ferreira e Cia Ltda.</b>	14 - Código CNES _ _ _ _ _
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>Julio César Borin</b>	16 - Conselho Profissional <b>CRM</b>	17 - Número no Conselho <b>15113</b>
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 <b>E</b> E - Eletiva <b>U</b> - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <b>2</b> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <b>1</b> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>0</b> 0 3
26 - Indicação Clínica <b>Dor incapacitante com falseios e bloqueio articular no joelho DIREITO, com lesão condral, lesão completa do LCA, lesão meniscal e sinovite. Solicito "URGÊNCIA " na liberação devido quadro de dor e bloqueio articular "IMPORTANTE".</b>	

**Hipóteses Diagnósticas**

27 - Tipo Doença <b>A</b> A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _ _ _ - _ _ A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente <b>2</b> 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	
2-1	3-0-7-3-1-1-1-9	Retirada de enxerto	0-1	
3-1	3-0-7-3-3-0-6-5	Reparo do Menisco	0-1	
4-1	3-0-7-3-3-0-1-4	Sinovectomia	0-1	
5-1	3-0-7-3-3-0-3-0	Condroplastia	0-1	

**OPM Solicitados**

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-1		Taxa de vídeo	0-1		
2-1		Lâmina de Shaver	0-2		
3-1		Parafuso de interferência ABSORVÍVEL	0-1		
4-1		ToggleLoc (Dispositivo ajustável)	0-1	Zimmer Biomet	
5-1		Kit sutura de menisco all inside 1 ponto	0-3	Zimmer Biomet	
6-1		Ponteira de radiofrequencia	0-1		

**Dados da Autorização**

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _3_0_/_1_1_/_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 <b>Dr. Julio Cesar Borin</b> <b>Ortopedia</b> <b>CRM-PR 15113</b> <b>Sugiro liberação para a Empresa Arthrom</b>		
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _2_2_/_1_0_/_2_3_	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _ _ _ / _ _ _ / _ _ _

### ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR / BENEFICIÁRIO:

- 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;
- 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."