

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNACÃO

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

Dados do Beneficiário

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

10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
<p>Guilhermina Mioto Sioto</p>	<p>_____</p>

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF						13 - Nome do Contratado							14 - Código CNES	
						HoNPar								
15 - Nome do Profissional Solicitante								16 - Conselho Profissional			17 - Número no Conselho		18 - UF	19 - Código CBO S
Julio César Borin								CRM			15.113		PR	

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

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

22 - Caráter da Internação	23-Tipo de Internação
<u>E</u> - Eletiva U - Urgência/Emergência	1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
<input type="text" value="1"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>

26 - Indicação Clínica

Osteoartrose em joelho DIREITO com bloqueio articular. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR e BLOQUEIO ARTICULAR.

Hipótesis Diagnósticas

27-Tipo Doença <input type="checkbox"/> C A - Aguda C - Crônica	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> M A -Anos M -Meses D -Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 2 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trâns 2 - Outros
---	--	--

30-CID 10 Principal M 1 7	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------


Procedimientos Solicitados

Procedimentos Solicitados									
34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut.					
1-	3 0 7 2 6 0 3 4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico	0 1						
2-									
3-									
4-									
5-									

OPM Solicitados

39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM	42-Qtde.	43-Fabricante	44-Valor Unitário R\$
1-	_____	Kit prótese joelho NExGen_____	0_1_1	Zimmer Biomet_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
2-	_____	_____	_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3-	_____	_____	_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4-	_____	_____	_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
5-	_____	_____	_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar [2] [7] / [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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Dr. Julio Cesar Borin Ortopedia CRM-PR 15113 </div>		Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom	
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante [1] [4] / [1] [1] / [2] [3] 		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."