

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS		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						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde							
DRIELLE FARIAS NAHIRNI													
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					
FERNANDO MARQUES DE MARCOS				CRM		30.528		PR					
19 - Código CBO S													
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação													
20 - Código na Operadora / CNPJ				21 - Nome do Prestador									
				HoNPar									
22 - Caráter de Internação		23-Tipo de Internação											
E E - Eletiv U - Urgência/Emergência		2 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica											
24 - Regime de Internação				25 - Qtde. Diárias Solicitadas									
1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar				0 0 1									
26 - Indicação Clínica													
PACIENTE COM DOR EM TORNOZELO direito COM SINAIS DE INSTABILIDADE, SINAIS DE ALTERAÇÕES DE SINDESMOSE TIBIO FIBULAR DISTAL, SEM MELHORA COM FISIOTERAPIA E AO TRATAMENTO CONSERVADOR. ENCONTRA-SE COM INCAPACIDADE FUNCIONAL E INSTABILIDADE ARTICULAR. (SOLICITO "URGÊNCIA" NA LIBERAÇÃO)													
Hipóteses Diagnósticas													
27-Tipo Doença		28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente				29 - Indicação de Acidente							
A - Aguda C - Crônica		M - Anos M-Meses D-Dias				0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros							
30-CID 10 Principal		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)		33 - CID 10 (4)							
S 8 2 5		S 8 6 6											
Procedimentos Solicitados													
34-Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde. Solicit		38 - Qtde. Aut.			
1-		3 0 7 2 8 1 5 0		TTO. CIRÚRGICO DE LESÃO LIGAMENTAR CRÔNICA TORNOZELO				0 3					
2-													
3-													
4-													
5-													
OPM Solicitados													
39-Tabela		40-Código do OPM		41-Descrição OPM		42-Qtde.		43-Fabricante		44-Valor Unitário R\$			
1-				ANCORA FASTLOCK		0 2		G M REIS					
2-				MINI EXPERT FIXADOR ARTICULAÇÃO		0 1		G M REIS					
3-													
4-													
5-													
Dados da Autorização													
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar				46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo da Acomodação Autorizada							
1 0 / 0 5 / 2 3													
48 - Código na Operadora / CNPJ				49 - Nome do Prestador Autorizado				50 - Código CNES					
51 - Observação				52-Data e Assinatura do Médico Solicitante						53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
Dr. Fernando Marques Ortopedia e Traumatologia CRM /PR. 30.528													
				Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom									

**ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR / BENEFICIÁRIO:**

- 1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (não sombreados) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.  
 2- A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;  
 3- 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 clientes de que a sua participação será descontada em folha de pagamento."**