

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
<div></div>		<div></div>

[illegible]

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado Araújo Ferreira e Cia Ltda.			14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante Julio César Borin		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 15113	18 - UF PR	19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20- Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
	Araújo Ferreira e Cia Ltda.

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

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	0 0 3

26 - Indicação Clínica Dor em joelho DIREITO incapacitante e bloqueio articular e creptação. Lesão meniscal e cistos parameniscas. Solicito "URGÊNCIA " na liberação devido quadro de dor e bloqueio articular "IMPORTANTE".

Hipótesis Diagnósticas

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

30-CID 10 Principal <div> <div>M</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>4</div> </div>	31 - CID 10 (2) <div> <div>S</div> <div>8</div> <div>3</div> </div>	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4) <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
---	--	-----------------	---

Procedimientos Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut.
1-	3 0 7 3 3 0 6 5	Reparo meniscal	0 1	
2-	3 0 7 3 3 0 3 0	Condroplastia (com remoção de corpos livres)	0 1	
3-				
4-				
5-				


OPM Solicitados


[illegible]

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
11/30/2023	1000	100

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

51 - Observação	 <p>Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom</p>
-----------------	--

<p>52-Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p> <input type="text"/>_0_1_4_ / <input type="text"/>_0_1_9_ / <input type="text"/>_2_1_3_ </p> 	<p>53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p> <input type="text"/>_ / <input type="text"/>_ / <input type="text"/>_ </p>	<p>54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p> <input type="text"/>_ / <input type="text"/>_ / <input type="text"/>_ </p>
--	---	--

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."