

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

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

<b>7 - Número da Carteira</b>	<b>8 - Plano</b>	<b>9 - Validade da Carteira</b>
		_ _ _  /  _ _ _  /  _ _ _

10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Joel Soares Barbosa	

### Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; text-align: center;">HoNPar</div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

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>  </u> <u>  </u> <u>  </u> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> 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 ESQUERDO com bloqueio articular. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR e BLOQUEIO ARTICULAR.

### Hipótesis Diagnósticas

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

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

### Procedimientos Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut.
1- <input type="text"/>	<input type="text"/> 3 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/>	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>


**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	Zimmer Biomet_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
2-	_____	_____	_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3-	_____	_____	_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4-	_____	_____	_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
5-	_____	_____	_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

### Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
11/08/2024	1111	11

48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

51 - Observação		Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom
-----------------	---	---

52-Data e Assinatura do Médico Solicitante	53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
<div> <div> 09/07/24 </div> <div>  </div> </div>	<div> <div> <div> </div> <div> </div> <div> </div> </div> </div>	<div> <div> <div> </div> <div> </div> <div> </div> </div> </div>

**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."**