

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 ____/____/____
--------------------------------	--------------------	--

10 - Nome João Victor Benedito	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____
--	---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado HoNPar	14 - Código CNES _____
---	--	---------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante Mauro Renato Pascotini	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 14.308	18 - UF PR	19 - Código CBO S _____
--	--	--	----------------------	----------------------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

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

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

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

26 - Indicação Clínica
Paciente com trauma em cotovelo ESQUERDO com fratura do epitrócleo lateral e na cabeça do rádio com avulsão de fragmento ósseo no espaço articular relacionado. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de dor e incapacidade funcional.

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 0 0 - D - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 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) _____
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut.
1-____	3 0 7 1 8 0 5 8	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	0 1	____
2-____	4 0 8 1 1 0 2 6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	0 1	____
3-____	_____	_____	____	____
4-____	_____	_____	____	____
5-____	_____	_____	____	____

OPM Solicitados

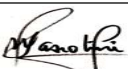
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-____	_____	Parafuso Hebert em TITÂNIO	0 2	Razek	____
2-____	_____	Fio de kirshner	0 3	_____	____
3-____	_____	_____	____	_____	____
4-____	_____	_____	____	_____	____
5-____	_____	_____	____	_____	____

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 1 3 / 0 7 / 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 Dr. Mauro R. Pascotini Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 14308	Sugiro liberar para a Empresa Arthrom ou Cirursil	
---	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 0 5 / 0 7 / 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."