

# 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 STEPHANY DA SILVA FERREIRA BEZERRA							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 JULIO CÉSAR BORIN				16 - Conselho Profissional CRM		17 - Número no Conselho 15.113		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_ E - Eletiva U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação _2_ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica							
24 - Regime de Internação _1_ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas _0_1_					
26 - Indicação Clínica PACIENTE COM DOR EM PÉ esquerdo COM INSUFICIÊNCIA DE NAVICULAR E CALCÂNEO VALGO. Solicito "URGÊNCIA " na liberação devido quadro de dor e INCAPACIDADE FUNCIONAL "IMPORTANTE".									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença _C_ A - Aguda C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _0_8_ - _M_ A - Anos M - Meses D - Dias				29 - Indicação de Acidente _2_ 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_2_9_2_2_0_	Pé plano/pé cavo/coalisão tarsal - tratamento cirúrgico					_0_1_	_ _ _	
2- _ _ _	_3_0_7_2_9_2_1_1_	Osteotomias / fraturas com fixador externo					_0_2_	_ _ _	
3- _ _ _	_3_0_7_3_1_0_8_9_	Tenodese					_0_1_	_ _ _	
4- _ _ _	_3_0_7_3_1_1_6_0_	Tenorrafia única em outras regiões					_0_1_	_ _ _	
5- _ _ _	_ _ _ _ _						_ _ _	_ _ _	
OPM Solicitados									
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM			42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$		
1- _ _ _	_ _ _ _ _	Guia percutâneo Artrorrise			_0_1_	G M Reis	_ _ _ _ _		
2- _ _ _	_ _ _ _ _	Parafuso de artrorrise			_0_1_	G M Reis	_ _ _ _ _		
3- _ _ _	_ _ _ _ _	Enxerto ósseo			_0_2_	Orthogen	_ _ _ _ _		
4- _ _ _	_ _ _ _ _	Parafus canulado			_0_1_	G M Reis	_ _ _ _ _		
5- _ _ _	_ _ _ _ _				_ _ _		_ _ _ _ _		
Dados da Autorização									
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _0_6_/_1_2_/_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. Julio Cesar Borin Ortopedia CRM-PR 15113 uigiro a liberação para a Empresa Arthrom									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _3_0_/_1_1_/_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."