

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

|                                   |                                      |                      |   |  |
|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Data da Autorização<br>_/_/__/__ | 4 - Senha<br>_ _ _ _ | 5 - Data Validade da Senha<br>_/_/__/__ | 6 - Data de Emissão da Guia<br>_/_/__/__ |
|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---|--|

Dados do Beneficiário

|                                     |                      |                                       |
|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br>_ _ _ _ _ | 8 - Plano<br>_ _ _ _ | 9 - Validade da Carteira<br>_/_/__/__ |
|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|

|  |  |
|--|--|
| 10 - Nome<br><b>Jefferson Nogueira Domingues</b> | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>_ _ _ _ _ |
|--|--|

Dados do Contratado Solicitante

|  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>_ _ _ _ _ | 13 - Nome do Contratado<br><b>Araújo, Ferreira e Cia Ltda.</b> | 14 - Código CNES<br>_ _ _ _ |
|--|--|-----------------------------|

|   |  |   |                |                              |
|---|--|---|----------------|------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>Julio César Borin</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>CRM</b> | 17 - Número no Conselho<br><b>15113</b> | 18 - UF<br>_ _ | 19 - Código CBO S<br>_ _ _ _ |
|---|--|---|----------------|------------------------------|

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 20 - Código na Operadora / CNPJ<br>_ _ _ _ _ | 21 - Nome do Prestador<br>_ _ _ _ _ |
|--|-------------------------------------|

|  |  |
|--|--|
| 22 - Caráter da Internação<br><b>E</b> E - Eletiva U - Urgência/Emergência | 23 - Tipo de Internação<br><b>2</b> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 24 - Regime de Internação<br><b>1</b> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br><b>0</b> 0 3 |
|--|--|

26 - Indicação Clínica  
**Dor incapacitante com falseios e bloqueio articular no joelho ESQUERDO, com lesão completa do LCA, lesão meniscal e condral. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR e INCAPACIDADE FUNCIONAL.**

Hipóteses Diagnósticas

|  |  |   |
|--|--|---|
| 27 - Tipo Doença<br><b>A</b> A - Aguda C - Crônica | 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente<br>_ _ - _ _ A - Anos M - Meses D - Dias | 29 - Indicação de Acidente<br><b>2</b> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros |
|--|--|---|

|  |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 30 - CID 10 Principal<br>_ _ S _ 8 _ 3 | 31 - CID 10 (2)<br>_ _ _ _ | 32 - CID 10 (3)<br>_ _ _ _ | 33 - CID 10 (4)<br>_ _ _ _ |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

Procedimentos Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição                      | 37 - Qtde. Solicit | 38 - Qtde. Aut. |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------|-----------------|
| 1-0-1       | 3-0-7-3-0-7-3               | Artroscopia Joelho Reconstrução LCA | 0-1                |                 |
| 2-1         | 3-0-7-3-1-1-1-9             | Retirada de enxerto                 | 0-1                |                 |
| 3-1         | 3-0-7-3-0-6-5               | Reparo do Menisco                   | 0-1                |                 |
| 4-1         | 3-0-7-3-0-3-0               | Condroplastia                       | 0-1                |                 |
| 5-1         |                             |                                     |                    |                 |

OPM Solicitados

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM                       | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor Unitário R\$ |
|-------------|--------------------|--|------------|-----------------|-------------------------|
| 1-1         |                    | Taxa de vídeo                            | 0-1        |                 |                         |
| 2-1         |                    | Lâmina de Shaver                         | 0-2        |                 |                         |
| 3-1         |                    | Parafuso de interferência ABSORVÍVEL     | 0-1        |                 |                         |
| 4-1         |                    | ToggleLoc (Dispositivo ajustável)        | 0-1        | Zimmer Biomet   |                         |
| 5-1         |                    | Kit sutura de menisco all inside 1 ponto | 0-3        | Zimmer Biomet   |                         |

Dados da Autorização

|  |   |   |
|--|---|---|
| 45 - Data Provável da Admissão Hospitalar<br>_2_4_/_0_1_/_2_4_ | 46 - Qtde. Diárias Autorizadas<br>_ _ _ | 47 - Tipo da Acomodação Autorizada<br>_ _ |
|--|---|---|

|  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| 48 - Código na Operadora / CNPJ<br>_ _ _ _ _ | 49 - Nome do Prestador Autorizado<br>_ _ _ _ _ | 50 - Código CNES<br>_ _ _ _ |
|--|--|-----------------------------|

51 - Observação  
**Dr. Julio Cesar Borin**  
**Ortopedia**  
**CRM-PR 15113**  
**Sugiro liberação para a Empresa Arthrom**

|   |  |   |
|---|--|---|
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante<br>_1_7_/_0_1_/_2_4_ | 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ | 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização<br>_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ |
|---|--|---|

### 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."