



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

| | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|--|--|--|--|---|---|--|--|
| 1 - Registro ANS | | 3 - Data da Autorização _/_/___/___ | | 4 - Senha | | 5 - Data Validade da Senha _/_/___/___ | | 6 - Data de Emissão da Guia _/_/___/___ | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 025950032 | | | | 8 - Plano | | 9 - Validade da Carteira _/_/___/___ | | | |
| 10 - Nome Marcia Rosana Lacerda Rodela | | | | | | 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 José Arthur Ribeiro Carneiro | | | | 16 - Conselho Profissional CRM | | 17 - Número no Conselho 15.757 | | 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 0 3 | | | | | |
| 26 - Indicação Clínica Paciente com avulsão manguito rotador em ombro DIREITO com impacto subacromial, bursite e tendinopatia do cabo longo do biceps. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR e INCAPACIDADE FUNCIONAL. | | | | | | | | | |
| Hipóteses Diagnósticas | | | | | | | | | |
| 27 - Tipo Doença C A - Aguda C - Crônica | | 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _/_ - _/_ A - Anos M - Meses D - Dias | | | | 29 - Indicação de Acidente 0 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 _ 7 _ 1 _ 0 _ 8 _ | Tto. cirúrgico avulsão manguito | | | | 0 _ 1 _ | | | |
| 2- _/_/___ | 3 _ 0 _ 7 _ 1 _ 7 _ 1 _ 4 _ 0 _ | Ressecção parcial clavícula | | | | 0 _ 1 _ | | | |
| 3- _/_/___ | 3 _ 0 _ 7 _ 3 _ 1 _ 0 _ 3 _ 8 _ | Bursectomia | | | | 0 _ 1 _ | | | |
| 4- _/_/___ | 3 _ 0 _ 7 _ 3 _ 1 _ 0 _ 8 _ 9 _ | Tenodese do C. L. do Biceps | | | | 0 _ 1 _ | | | |
| 5- _/_/___ | | | | | | | | | |
| OPM Solicitados | | | | | | | | | |
| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM | | | | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor Unitário R\$ | |
| 1- _/_/___ | 7 _ 1 _ 6 _ 6 _ 3 _ 1 _ 4 _ 2 _ | Âncoras montadas com fio | | | | 0 _ 3 _ | | | |
| 2- _/_/___ | | | | | | | | | |
| 3- _/_/___ | | | | | | | | | |
| 4- _/_/___ | | | | | | | | | |
| 5- _/_/___ | | | | | | | | | |
| Dados da Autorização | | | | | | | | | |
| 45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _ 0 _ 1 _ / _ 0 _ 2 _ / _ 2 _ 4 _ | | | | 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. José Arthur R. Carneiro Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 15757 Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom | | | | | | | | | |
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _ 1 _ 8 _ / _ 1 _ 2 _ / _ 2 _ 3 _ | | | | 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/___/___ | | | 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/___/___ | | |

ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR / BENEFICIÁRIO:

1- 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;

2- A solicitação de revisão de 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."