

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 _ _ _ _ _	8 - Plano	9 - Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _
10 - Nome Rafael Gomes Mantovani		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _	13 - Nome do Contratado Araújo Ferreira e Cia Ltda.	14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante Julio César Borin	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 15113
	18 - UF PR	19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador Araújo Ferreira e Cia Ltda.
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 _ 2 _
26 - Indicação Clínica Dor em joelho DIREITO com lesão corno posterior do menisco medial com bloqueio articular.	

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença A A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _ _ - D 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 S 8 _ 3 _	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 _ 3 _ 3 _ 0 _ 6 _ 5	Reparo do Menisco	1	
2- _ _				
3- _ _				
4- _ _				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- _ _		Taxa de vídeo	1		
2- _ _		Lâmina de Shaver	2		
3- _ _		Kit sutura de menisco - All-inside (1 ponto)	3		
4- _ _					
5- _ _					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 2 0 _ / 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 Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom		

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _ 0 _ 4 _ / _ 1 _ 2 _ / _ 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."