

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS <b>343269</b>		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 <b>Eraso Ferdinandi</b>						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____			
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____				13 - Nome do Contratado <b>HoNPar</b>				14 - Código CNES ____	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>Mauro Renato Pascotini</b>				16 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		17 - Número no Conselho <b>14.308</b>		18 - UF <b>PR</b>	
19 - Código CBO S ____									
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação									
20 - Código na Operadora / CNPJ ____				21 - Nome do Prestador <b>HoNPar</b>					
22 - Caráter da Internação <b>E</b> - Eletiva <b>U</b> - Urgência/Emergência				23 - Tipo de Internação <b>2</b> - Clínica <b>2</b> - Cirúrgica <b>3</b> - Obstétrica <b>4</b> - Pediátrica <b>5</b> - Psiquiátrica					
24 - Regime de Internação <b>1</b> - Hospitalar <b>2</b> - Hospital-dia <b>3</b> - Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>0</b> <b>0</b> <b>3</b>					
26 - Indicação Clínica <b>Paciente com avulsão manguito rotador em ombro DIREITO com impacto subacromial, bursite e tendinopatia do cabo longo do biceps.</b>									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença <b>C</b> - Aguda <b>C</b> - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ <b>A</b> -Anos <b>M</b> -Meses <b>D</b> -Dias				29 - Indicação de Acidente <b>0</b> - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <b>1</b> - Trânsito <b>2</b> - 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 ____ 3 ____ 2 ____		Pseudartroses e/ou osteotomias da cintura escapular - tratamento cirúrgico				____ 0 ____ 1 ____	
3-____		____ 3 ____ 0 ____ 7 ____ 3 ____ 1 ____ 0 ____ 3 ____ 8 ____		Bursectomia				____ 0 ____ 1 ____	
4-____		____ 3 ____ 0 ____ 7 ____ 3 ____ 1 ____ 0 ____ 8 ____ 9 ____		Tendese do C. L. do Biceps				____ 0 ____ 1 ____	
5-____		____		____				____	
OPM Solicitados									
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM		42 - Qtde.		43 - Fabricante	
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 ____ 2 ____ 2 ____ / ____ 0 ____ 1 ____ / ____ 2 ____ 4 ____				46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____		47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____			
48 - Código na Operadora / CNPJ ____				49 - Nome do Prestador Autorizado <b>Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom</b>				50 - Código CNES ____	
51 - Observação <b>Dr. Mauro R. Pascotini</b> <b>Ortopedia e Traumatologia</b> <b>CRM-PR 14308</b>				53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____				54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____	
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____ 0 ____ 2 ____ / ____ 0 ____ 5 ____ / ____ 2 ____ 4 ____				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**.  
 2- A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;  
 3- 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 clientes de que a sua participação será descontada em folha de pagamento."**