

## 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 <b>0010020765370243</b>				8 - Plano		9 - Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _			
10 - Nome <b>Eduardo Amaral Ferreira</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>Fernando De Nez Soares</b>				16 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		17 - Número no Conselho <b>28.753</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 _ U _ 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 <b>Paciente P.O. em punho DIRETO de de osteossíntese de fratura do escafoide com sinais de pseudoartrose, com material de implante migrado para dorsal, com necessidade de reabordagem para retirada do material de síntese e nova fixação, paciente com dor e incapacidade funcional. Solicito "URGÊNCIA " na liberação devido quadro de dor e incapacidade funcional "IMPORTANTE".</b>									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença _ A _ A - Aguda C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _ _ _ - _ 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 _ 2 _ 8 _ 8 _ 8 _	Pseudartrose do escafoide - tratamento cirúrgico				_ 0 _ 1 _	_ _ _		
2- _ _ _	_ 4 _ 0 _ 8 _ 1 _ 1 _ 0 _ 2 _ 6 _	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico				_ 0 _ 1 _	_ _ _		
3- _ _ _	_ 3 _ 0 _ 7 _ 1 _ 0 _ 0 _ 2 _ 2 _	Retirada de fios, pinos, parafusos ou hastes metálicas intra-ósseas				_ 0 _ 1 _	_ _ _		
4- _ _ _	_ _ _ _ _					_ _ _	_ _ _		
5- _ _ _	_ _ _ _ _					_ _ _	_ _ _		
OPM Solicitados									
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM				42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$	
1- _ _ _	_ _ _ _ _	Fio de kirshner				_ 0 _ 3 _	_ _ _	_ _ _ _ _ , _ _ _	
2- _ _ _	_ _ _ _ _					_ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ , _ _ _	
3- _ _ _	_ _ _ _ _					_ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ , _ _ _	
4- _ _ _	_ _ _ _ _					_ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ , _ _ _	
5- _ _ _	_ _ _ _ _					_ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ , _ _ _	
Dados da Autorização									
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _ 2 _ 7 _ / _ 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  <i>Dr. Fernando De Nez Soares</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> <i>CRM-PR 28753</i>									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _ 2 _ 7 _ / _ 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."