



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 774769012424025	8 - Plano	9 - Validade da Carteira _/_/__/__/_/			
10 - Nome Gabriel Ramacciotti Belo			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 Julio César Borin	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 15113	18 - UF	19 - Código CBO S	
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação					
20 - Código na Operadora / CNPJ _/_/__/__/_/	21 - Nome do Prestador				
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 entorse de joelho DIREITO com ruptura do LCA + lesão meniscal e condral. Necessita de tratamento cirurgico com "URGÊNCIA" devido a dor incapacitante e bloqueio articular.					
Hipóteses Diagnósticas					
27 - Tipo Doença A A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _/_ - _/_ 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.	
1-0_1	3_0_7_3_0_7_3	Artroscopia Joelho Reconstrução LCA	0_1		
2-	3_0_7_3_1_1_1_9	Retirada de enxerto	0_1		
3-	3_0_7_3_0_6_5	Reparo do Menisco	0_1		
4-	3_0_7_3_3_0_3_0	Condroplastia	0_1		
5-					
OPM Solicitados					
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-		Taxa de video	0_1		
2-		Lâmina de Shaver	0_2		
3-		Parafuso de interferência ABSORVÍVEL	0_1		
4-		ToggleLoc (Dispositivo ajstável)	0_1	Zimmer Biomet	
5-		Kit sutura de menisco all inside 1 ponto	0_3	Zimmer Biomet	
6-					
Dados da Autorização					
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _2_7_/_0_4_/_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 liberação para a Empresa Arthrom					
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _1_2_/_0_4_/_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 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."