



2- Nº

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 Welder Danilo Fernandes Prouença		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 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 0 3	

26 - Indicação Clínica

Dor em joelho ESQUERDO incapacitante e bloqueio articular e creptação. Solicito "URGÊNCIA " na liberação devido quadro de dor e bloqueio articular "IMPORTANTE".

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 M 2 2 4	31 - CID 10 (2) S 8 3	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 meniscal	0 1	
2- _ _ _	3 0 7 3 3 0 4 9	Condroplastia	0 1	
3- _ _ _				
4- _ _ _				
5- _ _ _				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- _ _ _		Taxa de vídeo	0 1		
2- _ _ _		Lâmina de Shaver (Partes moles e ósseas)	0 2		
3- _ _ _		Ponteira de radiofrequência	0 1		
4- _ _ _		Kit sutura de menisco all inside 1 ponto	0 3	Zimmer Biomet	

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 0 7 / 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. Julio Cesar Borin Ortopedia CRM-PR 15113 Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom		

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

1 7 / **0** 1 / **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**.

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."

REGISTROS ANS: TELOS - 31684-9

BRASIL CENTER - 40226-5

EMBRATEL / STAR ONE / VESPER - 32058-7