

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--|--|---|--|---|--|---|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | | 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 Meryenne Cynthia Jesus Lima | | | | | | 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 - Eletiva U - Urgência/Emergência | | 23 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica | | | | | | | |
| 24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | | | | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0 0 2 | | | | | |
| 26 - Indicação Clínica Dor incapacitante em joelho DIREITO, com falseios e bloqueio articular após torção. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de dor, impotência e bloqueio articular IMPORTANTE que a paciente se encontra. | | | | | | | | | |
| Hipóteses Diagnósticas | | | | | | | | | |
| 27 - Tipo Doença C - Aguda C - Crônica | | 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 0 0 - Anos M - Meses D - Dias | | | | 29 - Indicação de Acidente 2 - 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 3 0 7 3 | Artroscopia Joelho Reconstrução LCA | | | | | 0 1 | | |
| 2 - | 3 0 7 3 1 1 1 1 9 | Retirada de enxerto | | | | | 0 1 | | |
| 3 - | 3 0 7 2 6 1 9 0 | Reconstrução extra-articular | | | | | 0 1 | | |
| 4 - | 3 0 7 2 6 1 6 6 | Lesões complexas de joelho (fratura com lesão ligamentar e meniscal) | | | | | 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 vídeo | | | | 0 1 | | | |
| 2 - | | Lâmina de Shaver | | | | 0 2 | | | |
| 3 - | | Parafuso de interferência absorvível | | | | 0 2 | | | |
| 4 - | | ToggleLoc (Dispositivo ajustável) | | | | 0 1 | Zimmer Biomet | | |
| 5 - | | Parafuso com arruela | | | | 0 1 | | | |
| Dados da Autorização | | | | | | | | | |
| 45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 0 7 / 0 6 / 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 | | | | | | | | | |
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 2 5 / 0 5 / 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."