

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 Juliano Gonçalves Martins						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 MAURO RENATO PASCOTINI				16 - Conselho Profissional CRM		17 - Número no Conselho 14.308		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 _ _ 1 _					
26 - Indicação Clínica Paciente com fratura proximal de úmero DIREITO, com dor e incapacidade funcional. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR e INCAPACIDADE FUNCIONAL.									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença A A - Aguda C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _/_ - D - Anos M - Meses D - Dias				29 - Indicação de Acidente 0 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- _/_/_	1_ 3_0_7_1_8_0_7_4_	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico				0_1_			
2- _/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_					_/_			
3- _/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_					_/_			
4- _/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_					_/_			
5- _/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_					_/_			
OPM Solicitados									
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM				42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$	
1- _/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	Placa bloqueada anatômica úmero proximal titânio				0_1_			
2- _/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	Parafusos de bloqueio titânio				0_8_			
3- _/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_					_/_			
4- _/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_					_/_			
5- _/_/_	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_					_/_			
Dados da Autorização									
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _2_7_ / _0_6_ / _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 <div>Dr. Mauro R. Pascotini Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 14308</div> <div>Solicito a liberação para a Empresa Arthrom</div>									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _2_0_ / _0_6_ / _2_4_				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."