

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 <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	8 - Plano	9 - Validade da Carteira <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	------------------	---

10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Valdir Totolo	

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	23-Tipo de Internação
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação 1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 0 0 3
--	--

26 - Indicação Clínica Dor em joelho ESQUERDO incapacitante e bloqueio articular e crepitação. **TAMBÉM TEM PARESTESIA E HIPERSENSIBILIDADE EM MATRIZ DE LEITO UNGUEAL DE HALUX direito. Solicito "URGÊNCIA " na liberação devido quadro de dor e bloqueio articular "IMPORTANTE"**

Hipótesis Diagnósticas

27-Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A -Anos <input type="checkbox"/> M -Meses <input type="checkbox"/> D -Dias	29 - Indicação de Acidente <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 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)
--------------------------------	--------------------------	-----------------	-----------------

Procedimientos 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-	3_0_1_0_1_9_4_8_	CANTOPLASTIA UNGUEAL	0_1_	
4-	3_0_7_2_2_5_5_1_	PLÁSTICA UNGUEAL	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 (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

<p>45 - Data Provável da Admissão Hospitalar</p> <p> 2 7 / 1 2 / 2 3 </p>	<p>46 - Qtde. Diárias Autorizadas</p> <p> </p>	<p>47 - Tipo da Acomodação Autorizada</p> <p> </p>
---	--	--

48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
---------------------------------	-----------------------------------	------------------

51 - Observação	 <p>Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom</p>
-----------------	--

52-Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____ 	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 clientes de que a sua participação será descontada em folha de pagamento."