

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 Cleverson Nunes Rodrigues		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 de 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 DIREITO 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- _____	1 3 0 7 3 3 0 6 5	Reparo meniscal	0 1	____
2- _____	1 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 9 / 1 1 / 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

 <p>Dr. Julio Cesar Borin Ortopedia CRM-PR 15113</p>	<p>Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom</p>
--	---

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante

0 6 / 1 1 / 2 3	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."