

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
João de Jesus Correia

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 2
--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

26 - Indicação Clínica
Paciente com 3 meses de PO de osteossíntese de patela DIREITA com bloqueio articular em extensao ao RX com OA grave. Com dor incapacitante e com bloqueio articular. Solicito "URGÊNCIA" na liberação.

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença C 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 ____	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	3 0 7 1 3 0 6 4	Manipulação articular	0 1	
2- 1	3 0 7 3 3 0 4 9	Condroplastia	0 1	
3- 1				
4- 1				
5- 1				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- 1		Taxa de vídeo	0 1		
2- 1		Lâmina de Shaver	0 2		
3- 1		Ponteira radiofrequência	0 1		
4- 1					
5- 1					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 2 5 / 0 3 / 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 liberação para a Empresa Arthrom**

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 1 9 / 0 3 / 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."