

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 José Maria Ferreira			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 U - 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 1				
26 - Indicação Clínica Paciente com trauma em braço DIREITO, com fratura do úmero proximal, dor e incapacidade funcional. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR e INCAPACIDADE FUNCIONAL					
Hipóteses Diagnósticas					
27 - Tipo Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 0 7 - D - Anos M - Meses D - Dias		29 - Indicação de Acidente 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-____	3_0_7_1_8_0_5_8	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	0_1	____	
2-____	4_0_8_1_1_0_2_6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	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-____	____	Placa PBA-S bloqueada TITÂNIO	0_1	GM Reis	____
2-____	____	Parafusos	1_2	GM Reis	____
3-____	____	Enxerto ósseo (Orthoss Block) 1 x 1 x 2cm	0_1	Geistlich Surgery	____
4-____	____	____	____	____	____
5-____	____	____	____	____	____
Dados da Autorização					
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 2_1_1_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 Dr. Mauro R. Pascotini Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 14308		Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom			
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 1_1_4_1_1_1_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."