

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS – UNIMED	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
343269	____/____/____		____/____/____	____/____/____

Dados do Beneficiário

[illegible]

10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Maria de Lourdes de Souza Lenharo	

Dados do Contratado Solicitante

<p>12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF</p> <p>_____</p>	<p>13 - Nome do Contratado</p> <p>HoNPar</p>	<p>14 - Código CNES</p>
---	---	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
Julio César Borin	CRM	15.113	PR	

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20- Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
	HoNPar

22 - Caráter da Interação	23-Tipo de Interação
<u>E</u> - Eletiva <u>U</u> - Urgência/Emergência	<u>2</u> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação <input type="text" value="1"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>
---	---

26 - Indicação Clínica

Paciente com em P.O.T. de artroplastia total de joelho DIREITO com áreas radiolúcidas adjacentes ao componente tibial, com dor e crepitação. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR e BLOQUEIO ARTICULAR.

Hipótesis Diagnósticas

27-Tipo Doença <input type="checkbox"/> C A - Aguda C - Crônica	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> M A -Anos M -Meses D -Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 2 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trâns 2 - Outros
--	--	---

30-CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
M 1 7			

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut.
1- _ _	_3_ _0_ _7_ _2_ _6_ _2_ _5_ _5_ _ _	Revisões de artroplastia total - tratamento cirúrgico_____	_0_ _1_	_ _
2- _ _	_3_ _0_ _7_ _2_ _6_ _0_ _1_ _8_ _ _	Artrite séptica - tratamento cirúrgico_____	_0_ _1_	_ _
3- _ _	_3_ _0_ _7_ _2_ _6_ _2_ _2_ _0_ _ _	Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico_____	_0_ _1_	_ _
4- _ _	_3_ _0_ _7_ _3_ _1_ _0_ _6_ _2_ _ _	Sinovectomia - tratamento cirúrgico_____	_0_ _1_	_ _
5- _ _	_3_ _0_ _7_ _3_ _2_ _0_ _2_ _6_ _ _	Enxerto ósseo_____	_0_ _1_	_ _


OPM Solicitados


[illegible]

Dados da Autorização

<p>45 - Data Provável da Admissão Hospitalar</p> <p> 0 8 / 0 1 / 2 4 </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		Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom
-----------------	---	---

<p>52-Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p> <input type="text"/>_1_ <input type="text"/>_2_ / <input type="text"/>_1_ <input type="text"/>_2_ / <input type="text"/>_2_ <input type="text"/>_3_ </p> 	<p>53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p> <input type="text"/>_ <input type="text"/>_ / <input type="text"/>_ <input type="text"/>_ / <input type="text"/>_ <input type="text"/>_ </p>	<p>54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p> <input type="text"/>_ <input type="text"/>_ / <input type="text"/>_ <input type="text"/>_ / <input type="text"/>_ <input type="text"/>_ </p>
--	---	--

ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR / BENEFICIÁRIO:

- 1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (não sombreados) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.
 2- A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;
 3- 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."