

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNACÃO

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
010212142102		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

[illegible]**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 Interação	23-Tipo de Interação
<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	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	0 0 3

26 - Indicação Clínica

Dor em joelho DIREITO incapacitante e bloqueio articular e crepitação.

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-				
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-					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
<div> <div>1</div> <div>0</div> </div> <div> <div>0</div> <div>4</div> </div> <div> <div>2</div> <div>3</div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>
48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES

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

<p>52-Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/> </p> 	<p>53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> </p>	<p>54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> </p>
--	---	--

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."