

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
			_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

<p>10 - Nome</p> <p>Luzia Jozelene Volpato</p>	<p>11 - Número do Cartão Nacional de Saúde</p>
--	---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF						13 - Nome do Contratado							14 - Código CNES	
						HoNPar								
15 - Nome do Profissional Solicitante								16 - Conselho Profissional			17 - Número no Conselho		18 - UF	19 - Código CBO S
Mauro Renato Pascotini								CRM			14.308		PR	

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

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

22 - Caráter da Internação	23-Tipo de Internação
<input type="checkbox"/> U - Eletiva <input type="checkbox"/> E - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> 2 <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. Diarias Solicitadas	
1	1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	0	0 1

26 - Indicação Clínica	Paciente com fratura de 1/3 distal de rádio do antebraço DIREITO com desvio com perda da redução.

Hipótesis Diagnósticas

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

30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 5px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 5px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 5px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 5px;"></div>

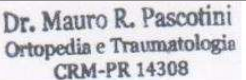

Procedimientos Solicitados

Procedimentos Solicitados										37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut.							
34-Tabela	35 - Código do Procedimento						36 - Descrição											
1-	_	_	_	3_	_0_	7_	2_	_0_	_0_	9_	5_	_	_	Fratura e/ou luxações - 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

[illegible]

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar [2] [0] / [1] [2] / [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 <div>  </div>			
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante [2] [0] / [1] [2] / [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**.
 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."