

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
<div style="text-align: center;"> </div>		<div style="text-align: center;"> </div>

10 – Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
CLEUSA SIMÕES RODRIGUES	

Dados do Contratado Solicitante

<p>12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>13 - Nome do Contratado</p> <p style="text-align: center;">HoNPar</p>	
--	--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante	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
<u>E</u> - Eletiva U - Urgência/Emergência	<u>2</u> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	0 0 2

26 - Indicação Clínica

DOR INCAPACITANTE EM PÉ direito DEFORMIDADE EM REGIÃO DE METATARSO FALANGEANA DE 1º RAIOS, DEFORMIDADE EM 2º E 3º PDD.

Hipótesis Diagnósticas

27-Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> C - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> 0 <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"/> 2 - 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)
M 2 0 1			

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut.
1- _ _	3_ 0_ 7_ 2_ 9_ 1_ 8_ 1_	Hallux valgus	0_ 1_	_ _
2- _ _	3_ 0_ 7_ 2_ 9_ 2_ 0_ 3_	Osteotomia de metatarso/falange	0_ 2_	_ _
3- _ _	3_ 0_ 7_ 3_ 1_ 0_ 3_ 8_	Bursectomia	0_ 1_	_ _
4- _ _	3_ 0_ 7_ 3_ 1_ 2_ 0_ 8_	Tenotomia	0_ 1_	_ _
5- _ _	3_ 0_ 7_ 2_ 9_ 0_ 5_ 0_	Artrodese metatarso - falângica ou interfalângica - tratamento cirúrgico	0_ 1_	_ _

OPM Solicitados


[illegible]

Dados da Autorização

<p>45 - Data Provável da Admissão Hospitalar</p> <p> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> </p>	<p>46 - Qtde. Diárias Autorizadas</p> <p> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> </p>	<p>47 - Tipo da Acomodação Autorizada</p> <p> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> </p>
--	---	---

48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
---------------------------------	-----------------------------------	------------------

51 - Observação	Dr. Julio Cesar Borin Ortopedia CRM-PR 15113	Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom
-----------------	--	---

<p>52-Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p>2 6 / 0 4 / 2 3</p> 	<p>53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p> / /</p>	<p>54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p> / /</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."