

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS – UNIMED 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 Francisca Camacho Sanches		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 Julio César Borin	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 15.113
	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 E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 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 3

26 - Indicação Clínica

Osteoartrose em joelho ESQUERDO com bloqueio articular. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR e BLOQUEIO ARTICULAR.

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença C - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 1 - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 2 - 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trâns 2 - Outros
30 - CID 10 Principal M 1 7	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 2 6 0 3 4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico	0 1	
2-____				
3-____				
4-____				
5-____				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-____		Kit prótese joelho NExGen	0 1	Zimmer Biomet	
2-____					
3-____					
4-____					
5-____					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 2 9 1 0 7 2 4	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. Julio Cesar Borin Ortopedia CRM-PR 15113 Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom		
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 0 5 1 0 7 2 4	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR / BENEFICIÁRIO:

- 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;
- 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."