

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

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 0300075720800090	8 - Plano	9 - Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _
---	-----------	---

10 - Nome Nilza Maria Pegorer	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 José Arthur Ribeiro Carneiro	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 15.757	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 [U] E - Eletiva [U] - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação [2] 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
--	--

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

26 - Indicação Clínica
Paciente com trauma em braço ESQUERDO, com fratura do úmero proximal, com dor e incapacidade funcional. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR e INCAPACIDADE FUNCIONAL.

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença [A] A - Aguda [C] - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente [] - [D] A-Anos M-Meses D-Dias	29 - Indicação de Acidente [] 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
--	---	---

30 - CID 10 Principal _ _ _ _ _	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_1_8_0_5_8	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - 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

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1 -		Placa PBA-S bloqueada TITÂNIO	0_1	GM Reis	
2 -		Parafusos	1_2	GM Reis	
3 -		Enxerto ósseo (Orthoss Block) 1 x 1 x 2cm	0_1	Geistlich Surgery	
4 -					
5 -					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _2_8_ / _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

Dr. José Arthur R. Carneiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 15757

Solicito a liberação para a Empresa Arthrom

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _1_8_ / _1_2_ / _2_3_	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."