

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

| | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1 - Registro ANS – UNIMED | 3 - Data da Autorização | 4 - Senha | 5 - Data Validade da Senha | 6 - Data de Emissão da Guia |
| 343269 | _/_/____ | | _/_/____ | _/_/____ |

Dados do Beneficiário

| | | |
|------------------------|-----------|--------------------------|
| 7 - Número da Carteira | 8 - Plano | 9 - Validade da Carteira |
|------------------------|-----------|--------------------------|

| | |
|------------------------|---|
| 10 - Nome | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |
| Lindaure Tarda Corrado | |

Dados do Contratado Solicitante

| | | |
|---|---|---|
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 13 - Nome do Contratado | 14 - Código CNES |
| <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; text-align: center;">HoNPar</div> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |

| | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO S |
| Julio César Borin | CRM | 15.113 | 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 |
| <u>E</u> - Eletiva <u>U</u> - Urgência/Emergência | <u>2</u> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica |

| | |
|---|--|
| 24 - Regime de Internação | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas |
| <input type="text" value="1"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar | <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> |

26 - Indicação Clínica

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

Hipótesis Diagnósticas

| | | |
|---|--|--|
| 27-Tipo Doença <input type="checkbox"/> C A - Aguda C - Crônica | 28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> M A -Anos M -Meses D -Dias | 29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 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) |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|

Procedimientos Solicitados

| Procedimentos Solicitados | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|---|------------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 34-Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic | 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

| | | |
|--|---|---|
| <p>45 - Data Provável da Admissão Hospitalar</p> <p> 2 8 / 0 8 / 2 3 </p> | <p>46 - Qtde. Diárias Autorizadas</p> <p> </p> | <p>47 - Tipo da Acomodação Autorizada</p> <p> </p> |
|--|---|---|

| | | |
|---|-----------------------------------|------------------|
| 48 - Código na Operadora / CNPJ | 49 - Nome do Prestador Autorizado | 50 - Código CNES |
| <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | | |

| | | |
|-----------------|---|---|
| 51 - Observação | <p>Dr. Julio Cesar Borin</p> <p>Ortopedia</p> <p>CRM-PR 15113</p> | Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom |
|-----------------|---|---|

| | | |
|--|--|---|
| <p>52-Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p>1 8 / 0 8 / 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**.
 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 cientes de que a sua participação será descontada em folha de pagamento."