

## 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 ____				8 - Plano		9 - Validade da Carteira ____/____/____			
10 - Nome <b>EDILSON FELIPE JUNIOR</b>						11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____			
Dados do Contratado Solicitante									
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____				13 - Nome do Contratado <b>HoNPar</b>				14 - Código CNES	
15 - Nome do Profissional Solicitante <b>FERNANDO MARQUES DE MARCOS</b>				16 - Conselho Profissional <b>CRM</b>		17 - Número no Conselho <b>30.528</b>		18 - UF <b>PR</b>	
19 - Código CBO S									
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação									
20 - Código na Operadora / CNPJ ____				21 - Nome do Prestador <b>HoNPar</b>					
22 - Caráter da Internação <b>E</b> E - Eletiva <b>U</b> - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação <b>2</b> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica							
24 - Regime de Internação <b>1</b> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>0 0 1</b>					
26 - Indicação Clínica <b>PACIENTE COM FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO DO PÉ direito. COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL</b>									
Hipóteses Diagnósticas									
27 - Tipo Doença <b>A</b> A - Aguda <b>C</b> - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <b>1</b> - Anos <b>M</b> - Meses <b>D</b> - Dias				29 - Indicação de Acidente <b>2</b> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			
30 - CID 10 Principal <b>S 9 2 3</b>		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-____	<b>3 0 7 2 9 1 5 7</b>	<b>TTO. CIRÚRGICO FRATURA DO PÉ</b>				<b>0 1</b>			
2-____	____	____				____	____		
3-____	____	____				____	____		
4-____	____	____				____	____		
5-____	____	____				____	____		
OPM Solicitados									
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM		42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$			
1-____	____	<b>Parafuso Hebert em TITÂNIO 3,0 mm</b>		<b>0 2</b>	____	____			
2-____	____	<b>Enxerto ósseo (Orthoss Block) 1 x 1 x 2cm</b>		<b>0 2</b>	<b>Geistlich Surgery</b>	____			
3-____	____	____		____	____	____			
4-____	____	____		____	____	____			
5-____	____	____		____	____	____			
Dados da Autorização									
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar <b>1 4 / 0 8 / 2 4</b>				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 style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Dr. Fernando Marques</b> Ortopedia e Traumatologia CRM / PR. 30.528 </div> <div> <b>Solicito a liberação para a Empresa Arthrom</b> </div> </div>									
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>0 1 / 0 8 / 2 4</b>				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."