

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
524468		____/____/____

10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
THIAGO GEREMIAS	____/____/____

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	13 - Nome do Contratado	14 - Código CNES
____/____/____	HoNPar	

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S
FERNANDO MARQUES DE MARCOS	CRM	30.528	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
E - Eletiva U - Urgência/Emergência	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 1

26 - Indicação Clínica

Paciente em P.O.T. procedimento cirurgico no dia 03/10/2022 no Hospital Santa Casa de Arapongas, o mesmo teve acompanhamento ambulatorial na entidade de saude citada. Realizou diversas sessões de fisioterapia. Atualmente apresenta dor em articulação tibio talar com limitação do movimento de dorsoflexão ativa de tornozelo ESQUERDO, tendo uma incapacidade funcional parcial e edema tibio talar com instabilidade articular

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente
C - A - Aguda C - Crônica	0 0 - M - Anos M - Meses D - Dias	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 3 4 0 5 3	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento	0 1	
2-____	3 0 7 3 4 0 3 7	Condroplastia (com remoção de corpos livres)	0 1	
3-____	3 0 7 3 1 2 2 4	Transposição única de tendão	0 1	
4-____	3 0 7 3 4 0 1 0	Sinovectomia total - procedimento videoartroscópico em tornozelo	0 1	
5-____	____	____	____	____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-____	____	ZIPTIGHT FIXADOR ARTICULAÇÃO	0 1	ZIMMER BIOMET	____
2-____	____	LÂMINA SHAVER	0 1	____	____
3-____	____	____	____	____	____
4-____	____	____	____	____	____
5-____	____	____	____	____	____

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
2 0 1 1 2 4	____	____

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

51 - Observação

Dr. Fernando Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM /PR. 30.528

Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
0 4 1 1 2 4	____/____/____	____/____/____

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."