

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 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	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Maria Renaldini Vijolada	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF										13 - Nome do Contratado										14 - Código CNES																													
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>										HoNPar																																							
15 - Nome do Profissional Solicitante															16 - Conselho Profissional										17 - Número no Conselho										18 - UF					19 - Código CBO S									
Mauro Renato Pascotini															CRM										14.308										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
<input type="checkbox"/> U - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica

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

26 - Indicação Clínica	Paciente com trauma em cotovelo DIREITO com fratura luxação do cotovelo com luxação já reduzida e fratura da cabeça do rádio deslocada.
------------------------	---

Hipótesis Diagnósticas

27-Tipo Doença [<u> A </u>] A - Aguda C - Crônica	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente [<u> 0 </u>] A - Anos [<u> D </u>] M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente [<u> 2 </u>] 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)
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

Procedimientos Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	38 - Qtde. Aut.
1-	3_0_7_1_9_0_5_8	Artroplastia com implante - tratamento cirúrgico	0_1	
2-				
3-				
4-				
5-				

OPM Solicitados

[illegible]

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar		46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
48 - Código na Operadora / CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado		50 - Código CNES
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

51 - Observação					
<p>Dr. Mauro R. Pascotini Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 14308</p>		Solicito liberação para a Empresa Arthrom			
52-Data e Assinatura do Médico Solicitante <div style="display: flex; align-items: center;"> [0] [9] / [0] [1] / [2] [4] </div>		53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <div style="display: flex; align-items: center;"> [] [] / [] [] / [] [] </div>		54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização <div style="display: flex; align-items: center;"> [] [] / [] [] / [] [] </div>	

ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR / BENEFICIÁRIO:

- 1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (não sombreados) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.
 2- A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;
 3- 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."