

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 <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	8 - Plano	9 - Validade da Carteira <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	------------------	---

<p>10 - Nome</p> <p>Inez Poteriko Moroti</p>	<p>11 - Número do Cartão Nacional de Saúde</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>
---	---

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado Araújo Ferreira e Cia Ltda.			14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante Julio César Borin		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 15113	18 - UF PR	19 - Código CBO S

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20- Código na Operadora / CNPJ	21 - Nome do Prestador
	Araújo Ferreira e Cia Ltda.

22 - Caráter da Internação	23-Tipo de Internação
<input type="checkbox"/> E- Eletiva <input type="checkbox"/> U- Urgência/Emergência	<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. Diárias Solicitadas
1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	0 0 3

26 - Indicação Clínica **Dor em joelho ESQUERDO incapacitante e bloqueio articular e crepitação. Solicito "URGÊNCIA " na liberação devido quadro de dor e bloqueio articular "IMPORTANTE".**

Hipótesis Diagnósticas

27-Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A -Anos <input type="checkbox"/> M -Meses <input type="checkbox"/> D -Dias	29 - Indicação de Acidente <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
--	---	---

30-CID 10 Principal <div> <div>M</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>4</div> </div>	31 - CID 10 (2) <div> <div>S</div> <div>8</div> <div>3</div> </div>	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4) <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
---	--	-----------------	---

Procedimientos Solicitados

[illegible]


OPM Solicitados


39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM	42-Qtde.	43-Fabricante	44-Valor Unitário R\$
1-		Taxa de vídeo	0 1		
2-		Lâmina de Shaver (Partes moles e ósseas)	0 2		
3-		Ponteira de radiofrequência	0 1		
4-		Kit sutura de menisco all inside 1 ponto	0 3	Zimmer Biomet	

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
3 1 / 0 5 / 2 3		

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

51 - Observação	 <p>Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom</p>
-----------------	--

<p>52-Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> / <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="5"/> / <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="3"/> </p> 	<p>53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> </p>	<p>54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> </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 clientes de que a sua participação será descontada em folha de pagamento."