

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
FÁBIO RICARDO QUITITO DA ROCHA	

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
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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>
--	---

26 - Indicação Clínica

PACIENTE COM ENTORSE DE TORNOZELO direito COM DOR EM MALÉOLO LATERAL, LESÃO LIGAMENTAR AGUDA, ABERTURA DA SINDESMOSE, ENCONTRA-SE COM INCAPACIDADE FUNCIONAL E INSTABILIDADE ARTICULAR. SOLICITO "UREGÊNCIA" NA LIBERAÇÃO DEVIDO QUADRO DE DOR E INSTABILIDADE.

Hipótesis Diagnósticas

27-Tipo Doença	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente
<input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> - <input type="checkbox"/> M -Anos M -Meses D -Dias	<input type="checkbox"/> 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)
S 8 2 5	S 8 6 6		

Procedimientos Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	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 6 1	Fraturas – redução e estabilização de cada superfície	0 1	
3-	4 0 8 1 1 0 2 6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	0 1	
4-				
5-				


OPM-Solicitados


39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM	42-Qtde.	43-Fabricante	44-Valor Unitário R\$
1-		PLACA PBA-S 3,5 mm 9 furos	0_1	GM DOS REIS	
2-		PARAFUSO BLOQUEIO PBA 3,5 X 18mm	1_0	GM DOS REIS	
3-		ZIPTIGTH FIXADOR ARTICULAÇÃO	0_1	ZIMMER BIOMET	
4-					
5-					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada
16/06/2023	11	11

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

51 - Observação		Sugiro a liberação para a Empresa Arthrom
-----------------	---	---

<p>52-Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <p>[1] [2] / [0] [6] / [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**.
 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 clientes de que a sua participação será descontada em folha de pagamento."