



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2-Nº



(01)000361(41)1

1 - Registro ANS 407011	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 _ _ _ _ _

Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _	13 - Nome do Contratado _ _ _ _ _	14 - Código CNES _ _ _ _ _		
15 - Nome do Profissional Solicitante _ _ _ _ _	16 - Conselho Profissional _ _ _ _ _	17 - Número no Conselho _ _ _ _ _	18 - UF _ _	19 - Código CBO S _ _ _ _ _

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação		
20 - Código na Operadora / CNPJ _ _ _ _ _	21 - Nome do Prestador _ _ _ _ _	
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <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 <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _ _ _ _ _	
26 - Indicação Clínica _ _ _ _ _		

Hipóteses Diagnósticas			
27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _ _ - _ - _ A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros	
30 - CID 10 Principal _ _ _ _ _	31 - CID 10 (2) _ _ _ _ _	32 - CID 10 (3) _ _ _ _ _	33 - CID 10 (4) _ _ _ _ _

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1-	_ _ _ _ _	_____	_ _	_ _
2-	_ _ _ _ _	_____	_ _	_ _
3-	_ _ _ _ _	_____	_ _	_ _
4-	_ _ _ _ _	_____	_ _	_ _
5-	_ _ _ _ _	_____	_ _	_ _

OPM Solicitados					
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-	_ _ _ _ _	_____	_ _	_____	_ _ _ _ _
2-	_ _ _ _ _	_____	_ _	_____	_ _ _ _ _
3-	_ _ _ _ _	_____	_ _	_____	_ _ _ _ _
4-	_ _ _ _ _	_____	_ _	_____	_ _ _ _ _
5-	_ _ _ _ _	_____	_ _	_____	_ _ _ _ _

Dados da Autorização			
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar _/_/ _/_/ _/ _/	46 - Qtde. Diárias Autorizadas _ _ _ _	47 - Tipo da Acomodação Autorizada _ _ _	
48 - Código na Operadora / CNPJ _ _ _ _ _	49 - Nome do Prestador Autorizado _ _ _ _ _		50 - Código CNES _ _ _ _ _

51 - Observação _ _ _ _ _		
------------------------------	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _/_/ _/_/ _/ _/	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/ _/_/ _/ _/	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/ _/_/ _/ _/
---	--	---

