

**GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

1 - REGISTRO ANS <b>ANS - nº 00058-2</b>		3 - NÚMERO DA GUIA ATRIBUÍDO PELA OPERADORA	
4 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		5 - SENHA	
6 - DATA DE VALIDADE DA SENHA			

**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

7 - NÚMERO DA CARTEIRA		8 - VALIDADE DA CARTEIRA		9 - ATENDIMENTO DE RN	
10 - NOME			11 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		

**DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE**

12 - CÓDIGO NA OPERADORA		13 - NOME DO CONTRATADO			
14 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		15 - CONSELHO PROFISSIONAL	16 - NÚMERO DO CONSELHO		17 - UF
18 - CÓDIGO CBO					

**DADOS DO HOSPITAL/ LOCAL SOLICITADO/ DADOS DA INTERNAÇÃO**

19 - CÓDIGO NA OPERADORA/ CNPJ		20 - NOME DO HOSPITAL/ LOCAL SOLICITADO			21 - DATA SUGERIDA PARA INTERNAÇÃO	
22 - CARÁTER DO ATENDIMENTO	23 - TIPO DE INTERNAÇÃO	24 - REGIME DE INTERNAÇÃO	25 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS	26 - PREVISÃO DE USO DE OPME	27 - PREVISÃO DE USO DE QUIMIOTERÁPICO	
28 - INDICAÇÃO CLÍNICA						

29 - CID 10 PRINCIPAL	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE (ACIDENTE OU DOENÇA RELACIONADA)	
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------	---	--

**PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	36 - DESCRIÇÃO	37 - QTDE. SOLIC.	38 - QTDE. AUT.
01-				
02-				
03-				
04-				
05-				
06-				
07-				
08-				
09-				
10-				
11-				
12-				

**DADOS DA AUTORIZAÇÃO**

39 - DATA PROVÁVEL DA ADMISSÃO HOSPITALAR		40 - QTDE. DIARIAS AUTORIZADAS	41 - TIPO DA ACOMODAÇÃO AUTORIZADA	42 - CÓDIGO NA OPERADORA/ CNPJ AUTORIZADO	
43 - NOME DO HOSPITAL/ LOCAL AUTORIZADO				44 - CÓDIGO CNES	

45 - OBSERVAÇÃO/ JUSTIFICATIVA

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

46 - DATA DA SOLICITAÇÃO	47 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		48 - ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL	49 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO	
--------------------------	---	--	--	---	--