



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

1 - Registro ANS 32186-9	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 U- Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1- Clínica 2- Cirúrgica 3- Obstétrica 4- Pediátrica 5- Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1- Hospitalar 2- Hospital-dia 3- Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____
26 - Indicação Clínica	

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A- Aguda 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 1- Trânsito 2- Outros	
30 - CID 10 Principal _____	31 - CID 10 (2) _____	32 - CID 10 (3) _____	33 - CID 10 (4) _____

Procedimentos Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solicit	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 ____/____/____

Prorrogações

55- Data	56-Senha	57-Responsável pela Autorização			
____/____/____	_____	_____			
58-Tipo Acomod	59-Acomodação	60- Qtde. Autorizada			
____	_____	____			
61-Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde.Solic	65 - Qtde. Aut	
____	_____	_____	____	____	
____	_____	_____	____	____	
66-Tabela	67-Código do OPM	68-Descrição OPM	69-Qtde.	70-Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	_____	_____	____	_____	____,____
____	_____	_____	____	_____	____,____

55- Data	56-Senha	57-Responsável pela Autorização			
____/____/____	_____	_____			
58-Tipo Acomod	59-Acomodação	60- Qtde. Autorizada			
____	_____	____			
61-Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde.Solic	65 - Qtde. Aut	
____	_____	_____	____	____	
____	_____	_____	____	____	
66-Tabela	67-Código do OPM	68-Descrição OPM	69-Qtde.	70-Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	_____	_____	____	_____	____,____
____	_____	_____	____	_____	____,____

55- Data	56-Senha	57-Responsável pela Autorização			
____/____/____	_____	_____			
58-Tipo Acomod	59-Acomodação	60- Qtde. Autorizada			
____	_____	____			
61-Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde.Solic	65 - Qtde. Aut	
____	_____	_____	____	____	
____	_____	_____	____	____	
66-Tabela	67-Código do OPM	68-Descrição OPM	69-Qtde.	70-Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	_____	_____	____	_____	____,____
____	_____	_____	____	_____	____,____