

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 31.292-4		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 ☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência				23 - Tipo de Internação ☐ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica									
24 - Regime de Internação ☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar				25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____									
26 - Indicação Clínica _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____													
Hipóteses Diagnósticas													
27 - Tipo Doença ☐ A - Aguda ☐ C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				29 - Indicação de Acidente ☐ 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													
33 - 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 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____					