

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

**304701**

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 a 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 no 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 (Opcional)

\_\_\_\_\_

30 - CID 10 (2) (Opcional)

\_\_\_\_\_

31 - CID 10 (3) (Opcional)

\_\_\_\_\_

32 - CID 10 (4) (Opcional)

\_\_\_\_\_

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

\_\_\_

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	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. Diárias 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

\_\_\_\_\_