



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador **12345678901234567890**

| | |
|------------------|---|
| 1 - Registro ANS | 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 |