



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS - nº 36814-8	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 _____	30 - CID 10 (2) _____	31 - CID 10 (3) _____	32 - CID 10 (4) _____	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 _____
---	---	--	---