



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

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

____/____/____

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

____/____/____