



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

| | | | | |
|------------------------------|---|-----------|--|---|
| 1 - Registro ANS 31.723/3 | 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 <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência | 23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica |
| 24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____ |
| 26 - Indicação Clínica _____ _____ _____ | |

Hipóteses Diagnósticas

| | | | |
|---|---|---|--------------------------|
| 27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica | 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias | 29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 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

| 39 - 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 ____/____/____ |
|--|---|--|

Prestador, existem informações sobre OPM, no verso.
Beneficiário, antes de assinar, leia as informações contidas no verso.