FISCO Saúde PERNAMBUCO

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
417661	

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de 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 do 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 pata Internação
		I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I__I

22 - Caráter de 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
				I_I	I_I

28 - Indicação Clínica

29 - CID10 Principal	30 - CID10 (2)	31 - CID10 (3)	32 - CID10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

	34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
2-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
3-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
4-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
5-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
6-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
7-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
8-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
9-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
10-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
11-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I
12-	I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I		I__I__I__I	I__I__I__I

Dados da autorização

39 - Data provável da Admissão hospitalar	40 - Qtde Diarias Autorizadas	41 - Tipo de acomodação autorizada
I__I__I/I__I__I/I__I__I		

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES

45 - Observação

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
I__I__I/I__I__I/I__I__I__I__I__I			