

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

1 - Registro ANS 41490-5	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 ____ - ____ A-Anos   M-Meses   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 ____/____/____

**ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR:**

1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (não sombreados) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;

2- A solicitação de revisão glosas é de até 60 (sessenta) dias após a data do pagamento. Acima deste prazo, as glosas serão consideradas aceitas pelo credenciado.