

1.2.4 Guia de solicitação de internação

Logo da Empresa		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2- Nº 123456789012	
1 - Registro ANS		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 CIES
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		23 - Tipo de Internação			
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		<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		25 - Qtde. Diárias Solicitadas			
<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar					
26 - Indicação Clínica					
Hipóteses Diagnósticas					
27 - Tipo Doença		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente		29 - Indicação de Acidente	
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		<input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias		<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. Solic		38 - Qtde. Aut			
1- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
2- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
OPM Solicitados					
39 - Tabela		40 - Código do OPM		41 - Descrição OPM	
42 - Qtde.		43 - Fabricante		44 - Valor Unitário R\$	
1- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
2- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
3- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
4- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
5- <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Dados da Autorização					
45 - Data Prevista da Admissão Hospitalar			46 - Qtde. Diárias Autorizadas		47 - Tipo da Acomodação Autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ			49 - Nome do Prestador autorizado		50 - Código CIES
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	

