



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 4 3 2 6 9

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

005.000.000 3163124

8 - Validade da Carteira

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_

10 - Nome

MARCO MIGUEL COSTA

11 - Cartão Nacional de Saúde

\_\_\_

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora

\_\_\_

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

MARCO V. DANTELI

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

E

23 - Tipo de Internação

C

24 - Regime de Internação

H

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

03

26 - Previsão de uso de OPME

S

27 - Previsão de uso de quimioterapia

\_\_\_

28 - Indicação Clínica

os pulmões

29 - CID 10 Principal (Opcional)

M12

30 - CID 10 (2) (Opcional)

\_\_\_

31 - CID 10 (3) (Opcional)

\_\_\_

32 - CID 10 (4) (Opcional)

\_\_\_

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

\_\_\_

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela

01- \_\_\_

02- \_\_\_

03- \_\_\_

04- \_\_\_

05- \_\_\_

06- \_\_\_

07- \_\_\_

08- \_\_\_

09- \_\_\_

10- \_\_\_

11- \_\_\_

12- \_\_\_

35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

3022634

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

36 - Descrição

artroplastia total

do

joelho

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

37 - Qtde Solic

01

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

38 - Qtde Aut

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

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 Médico Solicitante

Dr. Marcus V. Danteli

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

\_\_\_

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização

\_\_\_