



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

**2 - N°** | | | | | | | | | |

|                                   |                         |           |                               |                             |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>326755</b> | 3 - Data da Autorização | 4 - Senha | 5 - Data de validade da Senha | 6 - Data de Emissão da Guia |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|

**Dados do Beneficiário / Paciente**

|                        |           |                          |
|------------------------|-----------|--------------------------|
| 7 - Número da Carteira | 8 - Plano | 9 - Validade da Carteira |
|------------------------|-----------|--------------------------|

|                    |                   |   |  |
|--------------------|-------------------|---|--|
| 10 - Nome completo | KAREN A. B. SILVA | 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 |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|

## Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

|                                       |                        |
|---------------------------------------|------------------------|
| 20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 21 - Nome do Prestador |
|---------------------------------------|------------------------|

|   |   |
|---|---|
| 22 - Caráter da internação<br>E E - Eletiva U - Urgência/Emergência | 23 - Tipo de internação<br>2 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica |
|---|---|

|   |                                      |     |
|---|--------------------------------------|-----|
| 24 - Regime de Internação<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar   2 - Hospital-dia   3 - Domiciliar | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br>01 | HCL |
|---|--------------------------------------|-----|

ENTÃO JOEHO EGO. O INSTABILIDADE  
DO JOEHO, DILÇÕES REPEÇÃO DESDE ENTÃO (2 MESES)  
LACUNA 3+, GAVETA ANT. 5+, PIVOT EXPOSIVO

**Hipótese Diagnóstica**

|   |   |   |
|---|---|---|
| 27 - Tipo de Doença<br><input type="checkbox"/> A - Aguda   C - Crônica | 28 - Tempo de Doença<br><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A - Anos   M - Meses   D - Dias | 29 - Indicação de Acidente<br><input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho   1 - Trânsito   2 - Outros |
|---|---|---|

|                    |              |              |              |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| 30 - CID Principal | 31 - CID (2) | 32 - CID (3) | 33 - CID (4) |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|

### Procedimientos Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|-------------|-----------------------------|----------------|-------------------|-----------------|
| 1-          | 30+33073                    | LCR            |                   |                 |
| 2-          | 30+31119                    | EMENDAS        |                   |                 |
| 3-          | 30+26190                    | LAU            |                   |                 |
| 4-          | 30+31224                    | EMENDAS        |                   |                 |
| 5-          | 30+33057                    | RECURSO        |                   |                 |

OPM Solicitados

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM     | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor unitário |
|-------------|--------------------|------------------------|------------|-----------------|---------------------|
| 1- _____    | _____              | 1 Sonda                | _____      | _____           | _____               |
| 2- _____    | _____              | 1 PONTA INTERFERENCIAL | _____      | _____           | _____               |
| 3- _____    | _____              | 1 ANOTA MONTADA        | _____      | _____           | _____               |
| 4- _____    | _____              | 1 PLACA ENDOBOTON      | _____      | _____           | _____               |
| 5- _____    | _____              | 1 FIO PARA ASSISTENCIA | _____      | _____           | _____               |

### Dados da Autorização

|   |                                |                                    |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 45 - Data Provável de Admissão Hospitalar | 46 - Qtde. Diárias Autorizadas | 47 - Tipo de acomodação autorizada |
|---|--------------------------------|------------------------------------|

|                                       |                                   |                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| 48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 49 - Nome do Prestador Autorizado | 50 - Código CNES |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------|

51 - Observações

PROPOSTA REVISÃO DO LEA CI Fluxos  
ENTRANTES, RETORNO AL CI LEMBRANCE e RISCO

|  |   |  |
|--|---|--|
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante | 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização |
| ____/____/____                               | ____/____/____  | ____/____/____   |