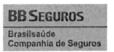
Guia de Solicitação de Internação

0053.0063.0097





1-Registro ANS 5-Data Validade da Senha 6-Data de Emissão da Guia 3-Data da Autorização 4-Senha Dados do Beneficiário 8-Plano 9-Validade da Carteira 7-Número da Carteira 10-Nome 11-Número do Cartão Nacional de Saúde Dados do Contratado Solicitante 14-Código CNES 12-Código na Operadora / CNP3 / CPF 13-Nome do Contratado 16-Conselho Profissional 19-Código CBOS 15-Nome do Profissional Solicitante 17-Número do Conselho 18-UF Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação 21-Nome do Prestador 20-Código na Operadora / CNPJ 22-Caráter da internação 23-Tipo de Internação E - Eletiva U - Urgência / Emergência 1-Clínica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica 24-Regime nternação 25 - Qtde, Diárias Solicitadas 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar 1-Hospitala 26-Indicação Clínica Hipóteses Diagnósticas 28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29-Indicação de Acidente 27-Tipo Doença D-Dias 1-Trânsito (2-Outro A - Aguda A-Anos M-Meses O-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 30-CID 10 Principal 31-CID 10 (2) 32-CID 10 (3) 33-CID 10 (4) Procedimentos Realizados 35-Código do Procedimento 34-Tabela 37-Otde, Solict 38-Otde, Aut 1 2 3 4 5 **OPM Solicitados** 44-Valor Unitário - R\$ 39-Tabela 40-Código do OPM 42-Qtde. 43-Fabricante 1 07 2 3 0 4 Dados da Autorização 45-Data Provável da Admissão Hospitalar 47-Tipo de Acomodação Autorizada 46-Otde, Diárias Autorizadas 50-Código CNES 48-Código na Operadora / CNPJ 49-Nome do Prestador autorizado 51-Observação 53-Beneficiário ou Responsável Data Assir 54-Responsável pela Autorização Data Assina Assinatura Assinatura