



## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° | | | | | | | | | |

## HOSPITALAR

|                                   |                         |           |                               |                             |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|
| 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 |
|-----------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------------|

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

|                    |                        |   |  |
|--------------------|------------------------|---|--|
| 10 - Nome completo | Beneito Roberto Mendes | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |  |
|--------------------|------------------------|---|--|

|                                       |                         |                  |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------|
| 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 |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|

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

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 22 - Caráter da Interação          | 23 - Tipo de interação   |
| F - Felixa U - Urgência/Emergência | 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 24 - Regime de Internação                      | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas |
| 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar |                                |

26 - Indicação Clínica: Lesão cut (4) meses focal ESS.  
com quadriceps.

|   |   |   |
|---|---|---|
| 27 - Tipo de Doença   | 28 - Tempo de Doença  | 29 - Indicação de Acidente  |
| <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica | <input type="checkbox"/> - <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 Principal | 31 - CID (2) | 32 - CID (3) | 33 - CID (4) |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição           | 37 - Qtde. Solic. | 38 - Qtde. Aut. |
|-------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|
| 1- _____    | _____                       | ATA n.º de               | 01                | _____           |
| 2- _____    | _____                       | Reconstrução do Canteiro | 01                | _____           |
| 3- _____    | _____                       | transmissão de energia   | 02                | _____           |
| 4- _____    | _____                       | Reparo de energia        | 02                | _____           |
| 5- _____    | _____                       | osobondria da            | 01                | _____           |

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM   | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor unitário |
|-------------|--------------------|--|------------|-----------------|---------------------|
| 1-          |                    | 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. |            |                 |                     |

|   |                                |                                    |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 CNE |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|

Dr. Roberto G. Gasparelli  
Chirurgia Traumatologica

Dr. Roberto G. Gasparelli  
Ortopedia e Traumatologia

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante \_\_\_\_\_