A mil	GUIA DE SOLICITAÇÃ DE INTERNAÇÃO	2 - N ²	
	Autorização 4 - Senha	5 - Data de Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário 7 - Número da Carteira 8 - Plano 9 - Validade da Carteira L			
10 - Nome Dados do Contratado Solicitante		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		nselho Profissional 17 - Número no Consell	ho 18 - UF 19 - Código CBO S
Dados do Contratado Solicitado/Dados da Internação 20 - Código da Operadora/CNPJ/CPF 21 - Nome do Prestador			
22 - Caráter de Internação 23 E - Eletiva U - Urgência/Emergência	3 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4	- Pediátrica 5 - Psiquiátrica	
24 - Regime de Internação 1 - Hospital 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar 25 - Qtde. de Diárias Solicitadas 1 - Hospital 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar			
26 - Indicação Clínica			
Hipótese Diagnóstica 27 - Tipo de Doença 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29 - Indicação de Acidente 29 - Indicação de Acidente 20 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			
30 - CID 10 Principal 31 - CID 10 (2) 32 - CID 10 (3) 33 - CID 10 (4)			
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 1 _ _ _ _ _	36 - Descrição		37 - Qt. Solic. 38 - Qt. Autoriz.
3 -			
5 -			
OPM Solicitados 39 - Tabela	41 - Descrição OPM	42 - Qtde. 43 - Fabricante 44	- Valor Unitário R\$
2 -			
4			
Dados da Autorização 45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 46 - Qtde. de Diárias Autorizadas 47 - Tipo de Acomodação Autorizada			
48 - Código na Operadora/CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado		50 - Código CNES
51 - Observação			
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficia	ário ou Responsável 54 - Data e Assinatura d	do Responsável pela Autorização