

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- N° Guia no Prestador

1 - Registro ANS 366871	3 - Número da Guia Atribuída pela Operadora <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1em;"></div>
-----------------------------------	---

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
<input type="text"/>	<input type="password"/>	<input type="text"/>

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento da RN
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
-----------	-------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código do Contratado	13 - Nome do Contratado
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

[illegible]

Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	21 - Data Sugerida para Internação _ _ / _ _ / _ _
---	--	--

22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24- Regime de Internação	25 - Qlde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de Quimioterápico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> </div>

Procedimentos Adicionais Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtda Aut
01 -				
02 -				
03 -				
04 -				
05 -				
06 -				
07 -				
08 -				
09 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

42 - Código na operadora [][][][][][][][][][][][][][][]	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES [][][][][][][][][][][][][][][]
---	--	---

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>