

GUIA DE SOLICITAÇÃO

Norte de Minas	DE INTERNAÇÃO					2- N° Guia no Prestador		
A Deviete ANG	Nómena da Cuia Atriba	íde vele Overeden			\neg			
1 - Registro ANS	- Número da Guia Atribu	iido pela Operadora			.			
4 - Data da Autorização 5 - Senha							e Validade da Senha	
Dados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9-Atendimento a RN								
10 - Nome						Nacional de Sa	aúde	
Dados do Contratado Solicitante 12 – Código na Operadora 13 - Nome do Contratado								
14 - Nome do Profissional So	15 - Conselho 16 - Número no Conselho 17 - UF 18 - Código CBO							
			Profissional			1 1 1 1		
Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação								
19- Código na Operadora / CN		20 - Nome do	Hospital/Local	Solicitado			21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter do Atendimento	23-Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. D	iárias Solicitadas	26 – Previsão de us	o de OPME	27 – Previsão de uso de quimioterápico	
			∥ ∟		│		<u> </u>	
28 - Indicação Clínica								
29-CID 10 Principal	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 -	CID 10 (4)	33 - Indicaçã	o de Acidente	(acidente ou doença relacionada)	
			L]_		
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 34-Tabela 35 - Código do Procedimento ou 36 - Descrição 37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut								
	sistencial	30 - Descrição					37 - Qide Solic 30 - Qide Adi	
01-								
02- _								
03-								
04-								
05-								
06-								
07-								
08-		_l				I_		
09-								
10-								
11		 -				<u> </u>		
Dados da Autorização								
39 - Data Provável da Admiss	são Hospitalar 40 -	Qtde. Diarias Autorizadas	41 - Tipo da	a Acomodação Au	torizada			
42 - Código na Operadora /	CNPJ autorizado	43 - Nome do He	ospital / Local	Autorizado			44 - Código CNES	
45. Observação / Justificativo								
45 – Observação / Justificativa								
46-Data da Solicitação		ra do Profissional Solicitant	е	48-Assinatura do	Beneficiário ou Respo	onsável 49-	Assinatura do Responsável pela Autorização	