

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

**123456789012**  
**123456789012**

|                  |                         |           |                            |                             |
|------------------|-------------------------|-----------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - Data da Autorização | 4 - Senha | 5 - Data Validade da Senha | 6 - Data de Emissão da Guia |
|------------------|-------------------------|-----------|----------------------------|-----------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                        |           |   |
|------------------------|-----------|---|
| 7 - Número da Carteira | 8 - Plano | 9 - Validade da Carteira                |
| 10 - Nome              |           | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde |

## Dados do Contratado Solicitante

|                                       |                            |                         |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 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 S       |

## Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

|  |  |
|--|--|
| 20 - Código na Operadora / CNPJ  | 21 - Nome do Prestador   |
| 22 - Caráter da Internação<br><input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência                                    | 23 - Tipo de Internação<br><input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica |
| 24 - Regime de Internação<br><input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas   |

## 26 - Indicação Clínica

## Hipóteses Diagnósticas

|   |  |   |
|---|--|---|
| 27 - Tipo Doença<br><input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica | 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente<br><input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M-Meses <input type="checkbox"/> D-Dias | 29 - Indicação de Acidente<br><input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros |
| 30 - CID 10 Principal   | 31 - CID 10 (2)  | 32 - CID 10 (3)   |
|   |  | 33 - CID 10 (4)   |

## Procedimentos Solicitados

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solicit | 38 - Qtde. Aut |
|-------------|-----------------------------|----------------|--------------------|----------------|
| 1-          |                             |                |                    |                |
| 2-          |                             |                |                    |                |
| 3-          |                             |                |                    |                |
| 4-          |                             |                |                    |                |
| 5-          |                             |                |                    |                |

## OPM Solicitados

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor Unitário R\$ |
|-------------|--------------------|--------------------|------------|-----------------|-------------------------|
| 1-          |                    |                    |            |                 |                         |
| 2-          |                    |                    |            |                 |                         |
| 3-          |                    |                    |            |                 |                         |
| 4-          |                    |                    |            |                 |                         |
| 5-          |                    |                    |            |                 |                         |

## Dados da Autorização

|  |   |  |
|--|---|--|
| 45 - Data Provável da Admissão Hospitalar    | 46 - Qtde. Diárias Autorizadas                        | 47 - Tipo da 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 Beneficiário ou Responsável | 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização |

## Prorrogações

[illegible][illegible][illegible]

---