



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº

1 - Registro ANS	3 - Data da 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

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 da Operadora/CNPJ/CPF	21 - Nome do Prestador

22 - Caráter de Internação	23 - Tipo de Internação
<input type="checkbox"/> E - Efeiva U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. de Diárias Solicitadas
<input type="checkbox"/> 1 - Hospital 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	<input type="text"/>

26 - Indicação Clínica
<input type="text"/>

Hipótese Diagnóstica		
27 - Tipo de Doença	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente
<input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica	<input type="text"/> A - Anos M - Meses D - Dias	<input type="checkbox"/> D - 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)
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------

Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qt. Solic.	38 - Qt. Autoriz.
1 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPM Solicitados					
39 - Tabela	40 - Código OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados da Autorização		
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. de Diárias Autorizadas	47 - Tipo de Acomodação Autorizada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

48 - Código na Operadora/CNPJ	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
-------------------------------	-----------------------------------	------------------

51 - Observação
<input type="text"/>

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>