



# 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

 E - Eletiva U - Urgência/Emergência

23 - 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

26 - Indicação Clínica

**Hipótese Diagnóstica**

27 - Tipo de Doença

 A - Aguda C - Crônica

28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

 A - Anos M - Meses D - Dias

29 - Indicação de Acidente

 0 - 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.

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qt. Solic.	38 - Qt. Autoriz.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

**OPM Solicitados**

39 - Tabela 40 - Código OPM 41 - Descrição OPM 42 - Qtde. 43 - Fabricante 44 - Valor Unitário R\$

39 - Tabela	40 - Código 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. 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 Beneficiário ou Responsável

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

**Prorrogações**

55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela Autorização		
____/____/____	_____	_____		
58 - Tipo de Acomod.	59 - Acomodação	60 - Qtde. Autorizada		
____	_____	____		
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde. Solic.	65 - Qt. Autoriz.
____	_____	_____	____	____
____	_____	_____	____	____
66 - Tabela	67 - Código OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde. 70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	_____	_____	____	____,____
____	_____	_____	____	____,____

55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela Autorização		
____/____/____	_____	_____		
58 - Tipo de Acomod.	59 - Acomodação	60 - Qtde. Autorizada		
____	_____	____		
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde. Solic.	65 - Qt. Autoriz.
____	_____	_____	____	____
____	_____	_____	____	____
66 - Tabela	67 - Código OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde. 70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	_____	_____	____	____,____
____	_____	_____	____	____,____

55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela Autorização		
____/____/____	_____	_____		
58 - Tipo de Acomod.	59 - Acomodação	60 - Qtde. Autorizada		
____	_____	____		
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde. Solic.	65 - Qt. Autoriz.
____	_____	_____	____	____
____	_____	_____	____	____
66 - Tabela	67 - Código OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde. 70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	_____	_____	____	____,____
____	_____	_____	____	____,____