

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**

2- Nº

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 ☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação ☐ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação ☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____

26 - Indicação Clínica

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo 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 - 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 ____/____/____
--	---	--