Pronto clínica
Planos de Saúde

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. Diarias 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. Solict	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. Diarias 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 |___|___| / |___|___| / |___|___|