

1 - LOGO DA EMPRESA <small>ANS Nº</small>	Guia de Solicitação de Internação	2 - Nº da Guia
--	--	----------------

Dados do Beneficiário

3 - Número do Cartão	4 - Nome	5 - Validade do Cartão
6 - Plano		7 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8 - Titular		

Dados do Prestador

9 - Código (na Operadora)	10 - Nome	11 - Número do CNES
12 - Endereço		
13 - Bairro	14 - Cidade	15 - UF

Dados do Solicitante

16 - Nome	17 - Conselho	18 Número do Conselho	19 - CBO
-----------	---------------	-----------------------	----------

Observações

20 - Indicação Clínica	21 - Tipo da Doença [] Aguda [] Crônica
	22 - Tempo de Evolução Anos Meses Dias
	23 - Indicador de Acidente [] Acidente de Trabalho [] Acidente de Trânsito
24 - Hipóteses Diagnósticas	25 - Código da Doença CID Principal CID (2) CID (3) CID (4)

Procedimentos e Exames Solicitados

26 - Código	27 - Descrição	28 - Quantidade

Internação

29 - Caráter da Internação [] Eletiva [] Urgência / Emergência
30 - Tipo de internação [] Clínica [] Cirúrgica [] Obstétrica [] UTI/UTSI [] UTI/UTSI Neonatal [] Pediatria [] Psiquiatria [] Hospital-Dia [] Domiciliar

Dados da Autorização

31 - Data	32 - Número de dias autorizados	33 - Tipo de acomodação	34 - Data Admissão no Hospital
-----------	---------------------------------	-------------------------	--------------------------------

35 - Senha	36 - Validade da Senha	37 - Autorizado por (Nome Func. da Operadora)
------------	------------------------	---

Guia Principal

38 - Código/Número

Assinatura Beneficiário / Responsável

39 - Data	40 - Assinatura	43 - Carimbo de Autorização da Operadora
-----------	-----------------	--

Assinatura Médico

41 - Data	42 - Assinatura
-----------	-----------------

Devolver anexo à conta hospitalar