SANTA CASA SAÚDE PIRACICABA

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
ANS nº 354562	__/__/__		__/__/__	[GUIAS.EMISSAO]

Dados do Beneficiário

7 – Número da Carteira	8 – Plano	9 – Validade da Carteira
_____ __	[CODPLANO]	__/__/__

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	23 – Tipo de Internação
__ **E** – Eletiva **U** – Urgência/Emergência	__ **1** – Clinica **2** – Cirúrgica **3** – Obstétrica **4** – Pediátrica **5** – Psiquiátrica

24 – Regime de Internação	25 – Qtde. Diárias Solicitadas
__ **1** – Hospitalar **2** – Hospital-dia **3** - Domiciliar	___

26 – Indicação Clínica

Hipóteses Diagnósticas

27 – Tipo Doença	28 – Tempo de Doença Referida Pelo Paciente	29 – Indicação de Acidente
__ **A** – Aguda **C** - Crônica	___ - __ **A** – Anos **M** – Meses **D** - Dias	__ **0** – Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho **1** – Trânsito **2** - Outros

30 – CID 10 Principal	31 – CID 10 (2)	31 – CID 10 (3)	31 – 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. e	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 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 Acomodação	59 – Acomodação	60 – Qtde. Autorizada

61 – Tabela	62 – Código do Procedimento	63 – Descrição	64 – Qtde.	65 - Qtde. Autor.

66 – Tabela	67 – Código do OPM	68 - Código do OPM	69 – Qtde.	70 – Fabricante	71 – Valor Unitário R$

55 - Data	56 - Senha	57 – Responsável pela Autorização
__/__/__		

58 – Tipo Acomodação	59 – Acomodação	60 – Qtde. Autorizada

61 – Tabela	62 – Código do Procedimento	63 – Descrição	64 – Qtde.	65 - Qtde. Autor.

66 – Tabela	67 – Código do OPM	68 - Código do OPM	69 – Qtde.	70 – Fabricante	71 – Valor Unitário R$

55 - Data	56 - Senha	57 – Responsável pela Autorização
__/__/__		

58 – Tipo Acomodação	59 – Acomodação	60 – Qtde. Autorizada

61 – Tabela	62 – Código do Procedimento	63 – Descrição	64 – Qtde.	65 - Qtde. Autor.

66 – Tabela	67 – Código do OPM	68 - Código do OPM	69 – Qtde.	70 – Fabricante	71 – Valor Unitário R$