pame excelência em saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº
123456789012

1 - Registro ANS	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
34240-8	|__|__| / |__|__| / |__|__|		|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|

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

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diarias 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)	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
|__|__| / |__|__| / |__|__|	|__|__|/|__|__|/|__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|

ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR :

1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (não sombreados) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.
A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;

2- A solicitação de revisão glosas é de até 60 (sessenta) dias após a data do pagamento. Acima deste prazo, as glosas serão consideradas aceitas pelo credenciado