Postal Saúde
Sua vida, nossa existência

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 – Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

9-Atendimento a RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 – Código na Operadora

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código na Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 – Previsão de uso de OPME

27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29-CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Opcional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

	34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 – Qtde Aut
01-					
02-					
03-					
04-					
05-					
06-					
07-					
08-					
09-					
10-					
11-					
12-					

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diarias Autorizadas

41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNES

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização