INTERMEDICI
PLANOS DIFERENCIADOS DE SAÚDE

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº Guia no Prestador

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	30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	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
|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|			