



ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICENTE HOSPITAL BRASILEIRA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES E HOSPITAL DE CLÍNICA

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - N° \_\_\_\_\_

1 - Registro ANS	3 - Data de Autorização	4 - Senha	5 - Data da Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------------

### 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 do 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 E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
	24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar
	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
26 - Indicação Clínica	

### Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 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. Solic	38 - Qtde. Aut
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				

### OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código da 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. Diárias Solicitadas	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 Responsável	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização