CERON
Eletrobrás

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº 000000030000

| 1 - Registro ANS | 3 - Data da Autorização | 4 - Senha | 5 - Data 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 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 |
|---|---|---|
| \|___\|___\| / \|___\|___\| / \|___\|___\| | \|___\|___\|/\|___\|___\|/\|___\|___\| | \|___\|___\| / \|___\|___\| / \|___\|___\| |