



# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2-Nº

310971

Avenida Indianópolis, 1597 - Indianópolis  
CEP: 04063-003 - São Paulo/SP - Telefone: 55 11 3525-3600  
www.lifeempresarialsaude.com.br

1 - Registro ANS <b>41449-2</b>	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 <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica		
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____		
26 - Indicação Clínica _____ _____ _____				
Hipóteses Diagnósticas				
27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica		28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ A-Anos M-Meses D-Dias		29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal _____	31 - CID 10 (2) _____	32 - CID 10 (3) _____	33 - CID 10 (4) _____	
Procedimentos Solicitados				
34 - Tabela 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____	35 - Código do Procedimento _____	36 - Descrição _____	37 - Qtde. Solicit 38 - Qtde. Aut ____	
OPM Solicitados				
39 - Tabela 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____	40 - Código do OPM _____	41 - Descrição OPM _____	42 - Qtde. ____	43 - Fabricante _____
44 - Valor Unitário R\$ ____				
Dados da Autorização				
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		46 - Qtde. Diárias 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 ____/____/____