



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2-Nº

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

1 - Registro ANS 41449-2		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 ____ - ____ <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> 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	35 - Código do Procedimento			36 - Descrição				37 - Qtde. Solicit		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. 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 ____/____/____			

