CAARF

Rua Espirito Santo,616,12ºAndar

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº

1 - Registro ANS	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
416657	|___|___| / |___|___| / |___|___|		|___|___| / |___|___| / |___|___|	|___|___| / |___|___| / |___|___|

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		

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** -|___|	|___| **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
|___|___| / |___|___| / |___|___|	|___|___|/|___|___|/|___|___|	|___|___| / |___|___| / |___|___|