

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**

1- Registro ANS
331317

3- Número da Guia Atribuído pela Operadora

4- Data da Autorização
_ / _ / _

5- Senha

6- Data de Validade da Senha
_ / _ / _

Dados do Beneficiário

7- Número da Carteira

8- Validade da Carteira
_ / _ / _

9- Atendimento a RN

10- Nome

11- Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12- Código da Operadora

13- Nome do Contratado

14- Nome do Profissional Solicitante

15- Conselho Profissional

16- Número no Conselho

17- UF

18- Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código da Operadora / CNPJ

20- Nome do hospital / Local Solicitado

21- Data Sugerida para internação
_ / _ / _

22- Caráter de Atendimento

23- Tipo de Internação

24- Regime de Internação

25- Qtde. Diárias Solicitadas

25- Previsão de Uso de OPME

27- Previsão de uso de quimioterápico

28- Indicação Clínica

29- CID 10 Principal

30- CID 10 (2)

31- CID 10 (3)

32- CID 10 (4)

33- Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34- Tabela	35- Código do Procedimento ou Item Assistencial	36- Descrição	37- Qtde. Solicit	38- Qtde. Aut
01 -				
02 -				
03 -				
04 -				
05 -				
06 -				
07 -				
08 -				
09 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39- Data Provável da Admissão Hospitalar
_ / _ / _

40- Qtde. Diárias Autorizadas

41- Tipo de Acomodação Autorizada

42- Código da Operadora / CNPJ autorizado

43- Nome do Hospital / Local Autorizado

44- Código CNES

45- Observação / Justificativa

Autorizo o pagamento direto pela Real Grandeza dos serviços de saúde efetuados por credenciados, decorrentes desta Autorização de internação e a transferência do débito que me couber, conforme tabela de participação da Real Grandeza para a absorção pelo PLAMES, quando houver. Reconheço que esta internação está sujeita à auditoria e autorizo a divulgação do CID para fins de controle.

46- Data da Solicitação
_ / _ / _

47- Assinatura do Profissional Solicitante

48- Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49- Assinatura do Responsável pela Autorização

**GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO**

1- Registro ANS 331317	3- Número da Guia Atribuído pela Operadora
---------------------------	--

4- Data da Autorização _ / _ / _	5- Senha	6- Data de Validade da Senha _ / _ / _
-------------------------------------	----------	---

Dados do Beneficiário

7- Número da Carteira	8- Validade da Carteira _ / _ / _	9- Atendimento a RN
10- Nome		11- Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12- Código da Operadora	13- Nome do Contratado			
14- Nome do Profissional Solicitante	15- Conselho Profissional	16- Número no Conselho	17- UF	18- Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código da Operadora / CNPJ	20- Nome do hospital / Local Solicitado	21- Data Sugerida para internação _ / _ / _			
22- Caráter de Atendimento	23- Tipo de Internação	24- Regime de Internação	25- Qtde. Diárias Solicitadas	25- Previsão de Uso de OPME	27- Previsão de uso de quimioterápico
28- Indicação Clínica					
29- CID 10 Principal	30- CID 10 (2)	31- CID 10 (3)	32- CID 10 (4)	33- Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34- Tabela	35- Código do Procedimento ou Item Assistencial	36- Descrição	37- Qtde. Solicit	38- Qtde. Aut
01 -				
02 -				
03 -				
04 -				
05 -				
06 -				
07 -				
08 -				
09 -				
10 -				
11 -				
12 -				

Dados da Autorização

39- Data Provável da Admissão Hospitalar _ / _ / _	40- Qtde. Diárias Autorizadas	41- Tipo de Acomodação Autorizada
42- Código da Operadora / CNPJ autorizado	43- Nome do Hospital / Local Autorizado	44- Código CNES

45- Observação / Justificativa

Autorizo o pagamento direto pela Real Grandeza dos serviços de saúde efetuados por credenciados, decorrentes desta Autorização de internação e a transferência do débito que me couber, conforme tabela de participação da Real Grandeza para a absorção pelo PLAMES, quando houver. Reconheço que esta internação está sujeita à auditoria e autorizo a divulgação do CID para fins de controle.

46- Data da Solicitação _ / _ / _	47- Assinatura do Profissional Solicitante	48- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49- Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------------------	--	---	--

