



PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS MAGISTRADOS E SERVIDORES DO TRF 1ª REGIÃO
SECRETARIA DE GESTÃO SOCIAL - SEGES

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 ____/____/____
------------------	---	-----------	--	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira _____	8 - Plano	9 - Validade da Carteira ____/____/____	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____
10 - Nome			

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

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 ____/____/____
--	---	--