

## Legenda da Guia de solicitação de internação

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS. <b>Já consta na guia.</b>	SIM
2	Número da guia	Número da guia de solicitação. <b>Já consta na guia</b>	SIM
3	Data da autorização	Data que a autorização foi concedida	NÃO
4	Senha	Senha de autorização	NÃO
5	Validade da Senha	Data de validade da senha	NÃO
6	Data de emissão da guia	Data <b>em que a guia é emitida.</b>	SIM
<b>Dados do beneficiário</b>			
7	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM
8	Plano	Nome do plano do beneficiário (Ex. <b>Standard, Preferencial, Executivo, etc</b> )	SIM
9	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	<b>Obrigatório quando plano empresarial</b>
10	Nome	Nome do beneficiário	SIM
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	NÃO
<b>Dados do contratado solicitante</b>			
12	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	SIM
13	Nome do contratado	Nome do contratado solicitante	SIM
14	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	<b>Obrigatório quando pessoa jurídica</b>
15	Nome do profissional solicitante	Nome do contratado solicitante.	<b>Obrigatório apenas quando o nome do contratado no campo 13 se referir a pessoa jurídica</b>
16	Conselho profissional	Sigla do conselho profissional (Tabela de Domínio 3.2)	SIM
17	Número no conselho	Número no conselho profissional	SIM
18	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	SIM
19	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela de domínio (3.25)	<b>SIM</b>
<b>Dados do contratado solicitado/ Dados da internação</b>			
20	Código na Operadora/CNPJ	Código do contratado ( <b>prestador/Hospital</b> ) solicitado ou CNPJ do contratado solicitado	<b>SIM</b> <b>Obrigatório se o campo 21 não estiver preenchido</b>

21	Nome do Prestador	Nome do contratado (prestador/Hospital) solicitado	SIM Obrigatório se o campo 20 não estiver preenchido
22	Caráter da internação	Caráter da internação: Eletiva = "E" Urgência/Emergência = "U"	SIM
23	Tipo de internação	Código tipo de internação (Tabela de Domínio 3.3) Clínica=1 Cirúrgica=2 Obstétrica= 3 Pediátrica=4 Psiquiátrica=5	SIM
24	Regime de internação	Código regime de internação (Tabela de Domínio 3.4) Hospitalar=1 Hospital-dia=2 Domiciliar=3	SIM
25	Qtde diárias solicitadas	Quantidade de diárias solicitadas	SIM
26	Indicação clínica	Texto livre preenchido pelo profissional médico solicitante da internação	SIM
<b>Hipóteses diagnósticas</b>			
27	Tipo de Doença	Código do Tipo de Doença (Tabela de Domínio 3.7): Aguda = "A" Crônica = "C"	SIM
28	Tempo de doença referida pelo paciente	Quantidade e unidade de tempo de doença referida pelo paciente (Tabela de Domínio 3.8) "A"= anos; "M"=meses; "D"=dias	SIM
29	Indicador de Acidente	Indica se houve (Tabela de Domínio 3.9): acidente ou doença relacionada ao trabalho = 0 trânsito= 1 outros = 2	Obrigatório se acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho
30	CID10 Principal	Código CID10 do diagnóstico principal	SIM
31	CID10 (2)	Código CID10 do segundo diagnóstico	NÃO
32	CID10 (3)	Código CID10 do terceiro diagnóstico	NÃO
33	CID10 (4)	Código CID10 do quarto diagnóstico	NÃO
<b>Procedimentos solicitados</b>			
34	Código da Tabela	Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio (Tabela de Domínio 3.5)	NÃO
35	Código do Procedimento	Código do procedimento solicitado	NÃO

36	Descrição	Descrição do procedimento	SIM - pelo menos um procedimento será solicitado
37	Qtde solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	SIM - pelo menos um procedimento será solicitado
38	Qtde Autorizada	Quantidade de procedimentos autorizados pela operadora	SIM – nos procedimentos solicitados
<b>OPM solicitadas</b>			
39	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM conforme tabela de domínio (3.5)	NÃO
40	Código OPM	Código da OPM solicitada	NÃO
41	Descrição OPM	Descrição OPM e Medicamentos Especiais solicitados	Obrigatório se necessário utilizar OPM e medicamentos especiais
42	Qtde de OPM	Quantidade solicitada de OPM e Medicamentos Especiais	Obrigatório se necessário utilizar OPM e medicamentos especiais
43	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM e Medicamentos Especiais solicitados	NÃO
44	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM e Medicamentos Especiais utilizados	NÃO
<b>Dados da autorização</b>			
45	Data provável da admissão hospitalar	Data provável da admissão (Internação) no hospital	SIM
46	Qtde diárias autorizadas	Número de dias autorizados para a internação	SIM
47	Tipo da acomodação autorizada	Código do tipo da acomodação autorizada conforme tabela de domínio (3.13)	SIM
48	Código na Operadora/CNPJ	Código do prestador autorizado ou CNPJ do prestador autorizado	SIM
49	Nome do Prestador Autorizado	Nome do prestador autorizado	SIM
50	Código CNES	Código CNES do prestador autorizado	SIM
51	Observação	Observações	NÃO
52	Data e assinatura do médico solicitante	Data e assinatura do médico solicitante	SIM
53	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	Data e assinatura do beneficiário ou responsável	SIM
54	Data e assinatura do responsável pela autorização	Data e assinatura do responsável pela autorização	SIM
<b>Prorrogações (Preencher verso da guia e formulário de Prorrogação)</b>			
55	Data	Data da liberação da prorrogação	SIM

56	Senha	Senha da prorrogação	NÃO
57	Responsável pela prorrogação	Nome do responsável pela liberação da prorrogação	SIM
58	Tipo da acomodação	Código do tipo da acomodação autorizada conforme tabela de domínio (3.13)	SIM
59	Acomodação	Descrição da acomodação	SIM
60	Qtde autorizada	Quantidade autorizada	SIM
61	Código da Tabela	Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio	NÃO
62	Código do Procedimento	Código do procedimento solicitado	NÃO
63	Descrição	Descrição do procedimento	SIM - se realizado procedimento neste período da prorrogação
64	Qtde solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	SIM - se realizado procedimento neste período da prorrogação
65	Qtde. Autorizada	Quantidade de procedimentos autorizados	SIM - se realizado procedimento neste período da prorrogação
66	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM e Medicamentos Especiais conforme tabela de domínio (3.5)	NÃO
67	Código da OPM	Código da OPM e Medicamentos Especiais solicitados	NÃO
68	Descrição da OPM	Descrição da OPM e Medicamentos Especiais solicitados	Obrigatório se necessário utilizar OPM e medicamentos especiais
69	Qtde de OPM	Quantidade solicitada de OPM e Medicamentos Especiais	Obrigatório se necessário utilizar OPM e medicamentos especiais
70	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM e Medicamentos Especiais solicitados	NÃO
71	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM e Medicamentos Especiais utilizados	NÃO

**Observação:**

- Os campos **hachurados** que estão contidos nas guias representam campos de preenchimento **não** obrigatórios.
- Os campos em **branco** que estão contidos nas guias representam campos de preenchimento **obrigatórios**.

**Medicamentos Especiais:** Medicamentos de alto custo. Exemplo: Quimioterápicos