

Legenda do Formulário para solicitação de prorrogação de internação

Núm. do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da operadora na ANS. Já consta na guia.	SIM
2	Quantidade de diárias solicitadas	Número de diárias necessárias nesta solicitação de prorrogação	SIM
3	Nº guia de solicitação / senha	Nº da guia principal - consta no campo 2 da guia de solicitação de internação ou nº da senha	SIM
4	Data da autorização	Data da liberação da prorrogação	SIM
5	Data da emissão da guia	Data em que a guia é emitida	NÃO
Dados do beneficiário			
6	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM
7	Plano	Nome do plano do beneficiário (Ex. Standard, Preferencial, Executivo, etc)	SIM
8	Validade da carteira	Validade da carteira do beneficiário	Obrigatório quando plano empresarial
9	Idade	Idade do paciente em anos	SIM
10	Nome	Nome do beneficiário	SIM
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	NÃO
Dados do contratado solicitante/Prestador			
12	Código na operadora / CNPJ / CPF	Código na operadora ou CNPJ ou CPF do contratado solicitante	SIM
13	Nome do Prestador	Nome do Prestador - Hospital solicitante	SIM
14	Código CNES	Código CNES do contratado solicitante	Obrigatório quando Hospital
15	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante.	SIM
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)	SIM
Dados da internação			
20	Data da internação	Data, completa, em que o paciente foi internado	SIM
21	Hora da internação	Hora em que o paciente foi internado	SIM
22	Data da alta	Data em que o paciente teve alta hospitalar.	SIM Obrigatório no caso de já ter ocorrido a alta

23	Hora da alta	Hora em que o paciente teve alta hospitalar.	SIM Obrigatório no caso de já ter ocorrido a alta
24	Motivo de Saída de Internação	Motivo em que o paciente teve alta hospitalar - Verificar Tabela de Domínio 3.14	SIM Obrigatório no caso de já ter ocorrido a alta
25	Tipo de acomodação utilizada	Código e descrição do tipo de acomodação utilizada neste período de internação - Verificar código na Tabela de Domínio 3.13	SIM Obrigatório preencher se mudar de acomodação neste período
26	Data de entrada	Data em que o paciente deu entrada na acomodação informada	SIM Obrigatório preencher se mudar de acomodação neste período
27	Data da saída	Data em que o paciente saiu da acomodação informada	SIM Obrigatório preencher se mudar de acomodação neste período
Hipóteses diagnósticas			
28	CID10 Principal	Código CID10 do diagnóstico principal	SIM
29	CID10 (2)	Código CID10 do segundo diagnóstico	NÃO
30	CID10 (3)	Código CID10 do terceiro diagnóstico	NÃO
31	CID10 (4)	Código CID10 do quarto diagnóstico	NÃO
Procedimentos solicitados			
32	Código da Tabela	Código da Tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio (Tabela de Domínio 3.5)	NÃO
33	Código do Procedimento	Código do procedimento solicitado	NÃO
34	Descrição	Descrição do procedimento	SIM - Obrigatório se durante este período de prorrogação realizou algum procedimento

35	Qtde solicitada	Quantidade de procedimentos solicitados	SIM - Obrigatório se durante este período de prorrogação realizou algum procedimento
36	Qtde Autorizada	Quantidade de procedimentos autorizados pela operadora	SIM - Obrigatório se durante este período de prorrogação realizou algum procedimento
OPM solicitadas			
37	Código da Tabela	Código da Tabela de OPM e medicamentos especiais conforme tabela de domínio (3.5)	NÃO
38	Código OPM	Código da OPM e medicamentos especiais solicitada	NÃO
39	Descrição OPM	Descrição OPM e Medicamentos Especiais solicitados	Obrigatório se necessário utilizar OPM e medicamentos especiais
40	Qtde de OPM	Quantidade solicitada de OPM e Medicamentos Especiais	Obrigatório se necessário utilizar OPM e medicamentos especiais
41	Fabricante OPM	Nome do Fabricante da OPM e Medicamentos Especiais solicitados	Obrigatório se necessário utilizar OPM e medicamentos especiais
42	Valor Unitário (R\$)	Valor unitário em R\$ da OPM e Medicamentos Especiais utilizados	Obrigatório se necessário utilizar OPM e medicamentos especiais
43	Quant/Valor Autorização	Quantidade e valor da OPM e Medicamentos Especiais AUTORIZADAS	Obrigatório se necessário utilizar OPM e medicamentos especiais
44	Relatório médico / Justificativa da solicitação de Prorrogação	Relatório médico com a justificativa da solicitação de prorrogação	SIM
45	Data e assinatura do médico solicitante	Data e assinatura do médico solicitante	SIM

46	Fone / Fax de retorno	Número do fax para retornar a solicitação de prorrogação de internação	SIM
47	Responsável	Responsável pela prorrogação	SIM
Dados da Autorização			
48	Quant. Diárias autorizadas	Quantidade de diárias autorizadas	SIM
49	Tipo da acomodação autorizada / Quantidade	Código e descrição do tipo da acomodação autorizada conforme tabela de domínio (3.13). Quantidade autorizada por acomodação	SIM
50	Observação	Observações da Operadora	NÃO
51	Data e assinatura do responsável pela autorização	Data e assinatura do responsável pela autorização	SIM

Observação:

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

Medicamentos Especiais: Medicamentos de alto custo. Exemplo: Quimioterápicos