



Santa Casa
Saúde de Vitória

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

CREDENCIADO

REDE PRÓPRIA

2 - Nº

1 - REGISTRO ANS 42008-5	3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	4 - SENHA	5 - DATA VALIDADE SENHA	5 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA	6 - CÓDIGO DO CREDENCIADO
-----------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------	-----------------------------	---------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - NÚMERO DA CARTEIRA	8 - PLANO	9 - VALIDADE CARTEIRA
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 DO CONSELHO
18 - UF	19 - CÓDIGO CBO-S	

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - CÓDIGO DA OPERADORA/CNPJ	21 - NOME DO PRESTADOR
22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ☐ E - Efetiva ☐ U - Urgência/Emergência	23 - TIPO DE INTERNAÇÃO ☐ 1 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica
24 - REGIME DE INTERNAÇÃO ☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital - Dia ☐ 3 - Domiciliar	25 - QTDE DIÁRIAS SOLICITADAS
26 - INDICAÇÃO CLÍNICA	

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - TIPO DE DOENÇA ☐ A - Aguda ☐ C - Crônica	28 - TEMPO DOENÇA REF. PELO PACIENTE - ☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias	29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE ☐ 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 - QT. SOLIC.	38 - QT. 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 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

PRORROGAÇÕES

55 - DATA		56 - SENHA		57 - RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO	
58 - TIPO ACOMOD.		59 - ACOMODAÇÃO		60 - QTDE AUTORIZADA	
61 - TABELA QTDE AUT.	62 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	63 - DESCRIÇÃO		64 - QTDE SOLICIT.	65 - QTDE AUTORIZ.
66 - TABELA	67 - CÓDIGO DO OPM	68 - DESCRIÇÃO OPM	69 - QTDE	70 - FABRICANTE	71 - VALOR UNITÁRIO - R\$

55 - DATA		56 - SENHA		57 - RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO	
58 - TIPO ACOMOD.		59 - ACOMODAÇÃO		60 - QTDE AUTORIZADA	
61 - TABELA QTDE AUT.	62 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	63 - DESCRIÇÃO		64 - QTDE SOLICIT.	65 - QTDE AUTORIZ.
66 - TABELA	67 - CÓDIGO DO OPM	68 - DESCRIÇÃO OPM	69 - QTDE	70 - FABRICANTE	71 - VALOR UNITÁRIO - R\$

55 - DATA		56 - SENHA		57 - RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO	
58 - TIPO ACOMOD.		59 - ACOMODAÇÃO		60 - QTDE AUTORIZADA	
61 - TABELA QTDE AUT.	62 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	63 - DESCRIÇÃO		64 - QTDE SOLICIT.	65 - QTDE AUTORIZ.
66 - TABELA	67 - CÓDIGO DO OPM	68 - DESCRIÇÃO OPM	69 - QTDE	70 - FABRICANTE	71 - VALOR UNITÁRIO - R\$