

**ANS Nº 34.333-1 Instrução de Preenchimento - Guia de Solicitação de Internação - RN 305 08/10/2012 e IN 51 08/10/2012.**

Utiliza-se para solicitação de autorização de internação em regime hospitalar e hospital-dia.

- 02 - Nº Guia no Prestador - Número que identifica a guia no prestador de serviços. *Preencher o número que identifica a guia no prestador de serviços.* - Obrigatório
- 03 - Número da Guia Atribuído pela Operadora - Número que identifica a guia atribuído pela operadora. *Preencher caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.* - Condicionado
- 04 - Data da Autorização - Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, em que a autorização foi concedida pela operadora.* - Obrigatório
- 05 - Senha - Senha de autorização fornecida pela operadora. *Preencher em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.* - Condicionado
- 06 - Data da Validade da Senha - Data de validade da senha de autorização do procedimento. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA em caso de autorização pela operadora com emissão de senha com prazo de validade.* - Condicionado

**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

- 07 - Número da Carteira - Número da carteira do beneficiário na operadora. *Preencher o número de inscrição do beneficiário atendido (10 dígitos) localizado à esquerda do cartão.* - Obrigatório
- 08 - Validade da Carteira - Data da validade da carteira do beneficiário. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, de limite de tempo da carteira do beneficiário atendido.* - Condicionado
- 09 - Atendimento a RN - Indica se o paciente é um recém-nato que está sendo atendido no contrato do responsável. *Utilizar "S" - Sim - caso o atendimento seja recém-nato e o beneficiário seja o responsável ou "N" - Não - quando o atendimento for do próprio beneficiário.* - Obrigatório
- 10 - Nome - Nome do beneficiário - Obrigatório
- 11 - Cartão Nacional de Saúde - Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário. *Preencher caso o beneficiário possua o número do Cartão Nacional de Saúde.* - Condicionado

**DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE**

- 12 - Código na Operadora - Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. *Preencher o CNPJ (quando Pessoa Jurídica) ou CPF (quando Pessoa Física) do contratado solicitante.* - Obrigatório
- 13 - Nome do Contratado - Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento. - Obrigatório
- 14 - Nome do Profissional Solicitante - Nome do profissional que está solicitando o procedimento. *Preencher o nome do profissional solicitante quando o prestador contratado referido no campo "13 - Nome do Contratado" for pessoa jurídica.* Condicionado
- 15 - Conselho Profissional - Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26. - Obrigatório
- 16 - Número no Conselho - Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional. - Obrigatório
- 17 - UF - Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 59. - Obrigatório
- 18 - Código CBO - Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24. *Preencher o CBO-S relativo à especialidade do atendimento credenciada junto ao plano de saúde.* - Obrigatório

**DADOS DO HOSPITAL / LOCAL SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO**

- 19 - Código na Operadora/CNPJ - Código do contratado ou CNPJ do prestador onde está sendo solicitada a internação do beneficiário. *Preencher o CNPJ da entidade credenciado/contratado da operadora.* - Obrigatório
- 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado - Nome do hospital / local para onde está sendo solicitada a internação do beneficiário. - Obrigatório
- 21 - Data sugerida para internação - Data sugerida pelo profissional solicitante para início da internação do paciente. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, sugerido pelo solicitante para admissão hospitalar.* - Obrigatório
- 22 - Caráter do Atendimento - Código do caráter do atendimento, conforme tabela de domínio nº 23. *Utilizar código "1" para termo Eletivo ou "2" para termo Urgência/Emergência.* - Obrigatório
- 23 - Tipo de Internação - Código do tipo de internação conforme tabela de domínio nº 57. *Utilizar código "1" para termo Clínica, "2" para termo Cirúrgica, "3" para termo Obstétrica, "4" para termo Pediátrica ou "5" para termo Psiquiátrica.* - Obrigatório
- 24 - Regime de Internação - Código regime de internação conforme tabela de domínio nº 41. *Utilizar código "1" para termo Hospitalar, "2" para termo Hospital-dia ou "3" para termo Domiciliar.* - Obrigatório
- 25 - Qtde. Diárias Solicitadas - Número de dias de internação solicitado pelo prestador. - Obrigatório
- 26 - Previsão de uso de OPME - Indica se há previsão de utilização de OPME na internação. *Utilizar "S" - Sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação ou "N" - Não, caso não haja previsão de uso destes materiais.* - Obrigatório
- 27 - Previsão de uso de quimioterápico - Indica se há previsão de utilização de medicamento quimioterápico na internação. *Utilizar "S" - Sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação ou "N" - Não, caso não haja previsão de uso deste tipo de medicamento.* - Obrigatório
- 28 - Indicação Clínica - Indicação clínica do profissional justificando a solicitação. *Espaço destinado para justificativa médica pelo profissional solicitante para realizar a internação, alta complexidade e procedimentos com diretriz de utilização.* - Obrigatório
- 29 - CID 10 Principal - Código do diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 30 - CID 10 (2) - Código do diagnóstico secundário de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 31 - CID 10 (3) - Código do terceiro diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 32 - CID 10 (4) - Código do quarto diagnóstico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde - 10ª revisão. - Opcional
- 33 - Indicação de Acidente - Indica se o atendimento foi decorrente de acidente ou doença relacionada, conforme tabela de domínio nº 36. *Utilizar código "0" para termo Trabalho, "1" para termo Trânsito, "2" para termo Outros ou "9" para termo Não Acidente.* - Obrigatório

#### **PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS SOLICITADOS**

- 34 - Tabela - Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87. - Obrigatório
- 35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial - Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio. - Obrigatório
- 36 - Descrição - Descrição do procedimento solicitado pelo prestador. - Obrigatório
- 37 - Qtde Solic - Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador - Obrigatório
- 38 - Qtde Aut - Quantidade do procedimento autorizada pela operadora *Preencher zero caso a operadora não autorize.* - Obrigatório

#### **DADOS DA AUTORIZAÇÃO**

- 39 - Data Provável da Admissão Hospitalar - Data provável da admissão do paciente no hospital. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, da admissão hospitalar quando autorizada pela operadora.* - Condicionado
- 40 - Qtde. Diárias Autorizadas - Número de dias de internação autorizados pela operadora. *Em caso de autorização pela operadora, preencher as diárias autorizadas.* - Condicionado
- 41 - Tipo da Acomodação Autorizada - Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49. *Em caso de autorização pela operadora, preencher com o código correspondente ao tipo de acomodação autorizada.* – Condicionado
- 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado - Código identificador do prestador autorizado junto a operadora, conforme contrato estabelecido. *Preencher o CNPJ do prestador autorizado em caso de autorização pela operadora.* – Condicionado
- 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado - Nome do prestador para onde foi autorizada a internação. *Preencher o nome do local da internação em caso de autorização pela operadora.* - Condicionado
- 44 - Código CNES - Código do prestador autorizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS). *Preencher o código do CNES do prestador em caso de autorização pela operadora.* Condicionado
- 45 - Observação / Justificativa - Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário - Opcional
- 46 - Data da Solicitação - Data em que o profissional solicitando os procedimentos ou itens assistenciais. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, da solicitação.* - Obrigatório
- 47 - Assinatura do Profissional Solicitante - Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação. - Obrigatório
- 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável - Assinatura do beneficiário ou responsável. - Obrigatório
- 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização - Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora. - Obrigatório