FUNDO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DO MINISTÉRIO PÚBLICO "FAMEH/MP"

# 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 |
|---|---|---|---|---|
| 41812 - 9 | \|___\|___\| / \|___\|___\| / \|___\|___\| | | \|___\|___\| / \|___\|___\| / \|___\|___\| | \|___\|___\| / \|___\|___\| / \|___\|___\| |

**Dados do Beneficiário**

| 7 - Número da Carteira | 8 - Plano | 9 - Validade da 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 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 | 23 - Tipo de Internação |
|---|---|
| \|___\| **E** - Eletiva **U** - Urgência/Emergência | \|___\| **1** - Clínica **2** - Cirúrgica **3** - Obstétrica **4** - Pediátrica **5** - Psiquiátrica |

| 24 - Regime de Internação | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas |
|---|---|
| \|___\| **1** - Hospitalar **2** - Hospital-dia **3** - Domiciliar | \|___\|___\|___\| |

**26 - Indicação Clínica**

**Hipóteses Diagnósticas**

| 27 - Tipo de Doença | 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente | 29 - Indicação de Acidente |
|---|---|---|
| \|___\| **A** - Aguda **C** - Crônica | \|___\|___\| - \|___\| **A** - Anos **M** - Meses - **D** - Dias | \|___\| **O** - Acidente ou doença relacionado 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 - Qtd. Solic. | 38 - Qtd. Aut. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | \|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\|__\| |
| 2 - | \|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\|__\| |
| 3 - | \|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\|__\| |
| 4 - | \|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\|__\| |
| 5 - | \|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | \|__\|__\| |

**OPM Solicitados**

| | 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM | | | 37 - Qtd. Solic. | 38 - Qtd. Aut. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | \|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 2 - | \|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 3 - | \|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 4 - | \|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 5 - | \|___\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | | \|__\|__\| | | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |

**Dados da Autorização**

| 45 - Data Provável da Admissão Hospitalar | 46 - Qtde. Diárias Autorizadas | 47 - Tipo de 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 | 62 - Código do Procedimento | 63 - Descrição | 64 - Qtde.Solic | 65 - Qtde. Aut |
|---|---|---|---|---|
| 1- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | \|__\|__\| |
| 2- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | \|__\|__\| |

| 66-Tabela | 67-Código do OPM | 68-Descrição OPM | 69-Qtde. | 70-Fabricante | 71 - Valor Unitário R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | _____ | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 2- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | _____ | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |

**55- Data** **56-Senha** **57-Responsável pela Autorização**

|__|__|/|__|__|/|__|__| _____ _____

**58-Tipo Acomod** **59-Acomodação** **60- Qtde. Autorizada**

|__|__| _____ |__|__|

| 61-Tabela | 62 - Código do Procedimento | 63 - Descrição | 64 - Qtde.Solic | 65 - Qtde. Aut |
|---|---|---|---|---|
| 1- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | \|__\|__\| |
| 2- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | \|__\|__\| |

| 66-Tabela | 67-Código do OPM | 68-Descrição OPM | 69-Qtde. | 70-Fabricante | 71 - Valor Unitário R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | _____ | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 2- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | _____ | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |

**55- Data** **56-Senha** **57-Responsável pela Autorização**

|__|__|/|__|__|/|__|__| _____ _____

**58-Tipo Acomod** **59-Acomodação** **60- Qtde. Autorizada**

|__|__| _____ |__|__|

| 61-Tabela | 62 - Código do Procedimento | 63 - Descrição | 64 - Qtde.Solic | 65 - Qtde. Aut |
|---|---|---|---|---|
| 1- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | \|__\|__\| |
| 2- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | \|__\|__\| |

| 66-Tabela | 67-Código do OPM | 68-Descrição OPM | 69-Qtde. | 70-Fabricante | 71 - Valor Unitário R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | _____ | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |
| 2- \|__\|__\| | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | _____ | \|__\|__\| | _____ | \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|,\|__\|__\| |