

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIÇÃO DO CAMPO</b>
1	Registro ANS
2	Número da guia no prestador
3	Número da guia atribuída pela Operadora
4	Data da Autorização
5	Senha
6	Data de validade da Senha
7	Número da carteira
8	Validade da carteira
9	Atendimento a RN (SIM ou NÃO)
10	Nome
11	Número do Cartão Nacional de Saúde
12	Código na operadora
13	Nome do contratado
14	Nome do profissional solicitante
15	Conselho profissional
16	Número no conselho
17	UF conselho
18	Código CBO-S
<b>DADOS DO</b>	
19	Código na Operadora/CNPJ
20	Nome do Hospital/Local Solicitado
21	Data sugerida para Internação
22	Caráter da internação
23	Tipo de internação
24	Regime de internação
25	Qtde diárias solicitadas
26	Previsão de uso de OPME

27	Previsão de uso de quimioterápico
28	Indicação Clínica
29	CID10 Principal Código CID1
30	CID10 (2) Código CID1
31	CID10 (3) Código CID1
32	CID10 (4) Código CID1
33	Indicador de Acidente
<b>PR</b>	
34	Código da Tabela
35	Código do Procedimento
36	Descrição
37	Qtde solicitada
38	Qtde Autorizada
39	Data provável da admissão hospitalar
40	Qtde diárias autorizadas
41	Tipo da acomodação autorizada
42	Código na Operadora/CNPJ Autorizado
43	Nome do Hospital Autorizado
44	Código CNES
45	Observação
46	Data da solicitação
47	Assinatura do Profissional Solicitante
48	Assinatura do Beneficiário ou responsável
49	Assinatura do responsável pela autorização

<b>GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO</b>
<b>PREENCHIMENTO</b>
Registro da operadora na ANS (Nº 33.995-4)
Número da guia do prestador
Número da guia fornecida pela Usisaúde
Data que a autorização foi fornecida pela Usisaúde
Senha de autorização
Data de validade da senha
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>
Número do cartão do beneficiário
Validade da carteira do beneficiário
Preencher S quando o atendimento for de RN.
Nome do beneficiário
Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário
<b>DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE</b>
Código na operadora (CNPJ ou CPF do solicitante)
Nome do contratado solicitante
Nome do profissional solicitante
Código do conselho profissional conforme tabela de domínio nº 26
Número no conselho profissional
Código da Unidade Federativa conforme tabela de domínio nº 59
Código da especialidade do contratado conforme tabela de domínio nº 24
<b>HOSPITAL / LOCAL SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO</b>
Código do Hospital autorizado (CNPJ do prestador autorizado)
Nome do Hospital autorizado
Data sugerida para Internação
Caráter da internação: Eletiva = "1"; Urgência/Emergência = "2"
Código tipo de internação: Clínica =1; Cirúrgica =2; Obstétrica =3; Pediátrica =4; Psiquiátrica =5
Código regime de internação: Hospitalar =1; Hospital-dia =2; Domiciliar =3
Quantidade de diárias solicitadas pelo médico
Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de órtese, prótese ou material especial durante a internação. Caso positivo, gentileza preencher a guia de Solicitação de OPME.

Deve ser informado "S" - sim, caso haja previsão de utilização de quimioterápico durante a internação. Caso positivo, gentileza preencher a guia de Solicitação de Quimioterapia.

Indicação clínica a ser preenchida pelo profissional solicitante justificando o cirurgia solicitada.

0 do diagnóstico principal

0 do segundo diagnóstico

0 do terceiro diagnóstico

0 do quarto diagnóstico

Indica se houve acidente de trabalho ou doença relacionada: ao trabalho = "0"; acidente de trânsito = "1"; outros acidentes = "2"; não acidente = "9"

#### **OCEDIMENTOS OU ITENS ASSOCIADOS SOLICITADOS**

Código da tabela utilizada para descrever os procedimentos solicitados conforme tabela de domínio nº 22

Código do procedimento solicitado

Descrição do procedimento

Quantidade de procedimentos solicitados

Quantidade de procedimentos autorizados pela operadora

#### **DADOS DA AUTORIZAÇÃO**

Data provável da admissão no hospital

Número de dias autorizados para a internação

Código do tipo da acomodação autorizada conforme tabela de domínio nº 49

Código do prestador autorizado (CNPJ do prestador autorizado)

Nome do Hospital autorizado para a realização da cirurgia

Código CNES do prestador executante

Observações - campo descritivo livre

Campo destinado para a data completa da solicitação do médico

Campo destinado para a assinatura do profissional solicitante da cirurgia

Campo destinado para a assinatura do beneficiário ou responsável

Campo destinado para a assinatura do responsável pela autorização