



CAPESAÚDE
O PLANO DE SAÚDE DA CAPESESP

2 - Nº 00000002000

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

1 - Registro ANS 324477	3 - Data da Autorização / /	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha / /	6 - Data de Emissão da Guia / /
-----------------------------------	--------------------------------	-----------	-----------------------------------	------------------------------------

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 <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica
---	--

24 - Regime da Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
--	------------------------------------

26 - Indicação Clínica

Hipóteses Diagnósticas		
27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 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 - Qtde.Solict. 38 - Qtde.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 de Admissão Hospitalar / /	46 - Qtde. Diárias Autorizadas 	47 - Tipo de Acomodação Autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ 	49 - Nome do Prestador autorizado 	50 - Cód. CNES

51 - Observação 		
---------------------	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante / /	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável / /	54 - Data e Assinatura do Resp. p/ 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 - Qt.Sol.	65 - Qt.Aut.	
____	_____	_____	____	____	
____	_____	_____	____	____	
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	_____	_____	____	_____	____,____
____	_____	_____	____	_____	____,____

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 - Qt.Sol.	65 - Qt.Aut.	
____	_____	_____	____	____	
____	_____	_____	____	____	
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	_____	_____	____	_____	____,____
____	_____	_____	____	_____	____,____

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 - Qt.Sol.	65 - Qt.Aut.	
____	_____	_____	____	____	
____	_____	_____	____	____	
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$
____	_____	_____	____	_____	____,____
____	_____	_____	____	_____	____,____

*** 1 - Credenciado:** Leia com atenção no caso de preenchimento dos campos 39 a 44 e/ou 66 a 71:

Independente da autorização técnica do(s) procedimento(s) analisado(s) pela nossa Auditoria Médica, nos casos de necessidade de utilização de material cirúrgico especial e/ou prótese (OPM), será iniciado, a partir da data de emissão desta senha, processo de negociação deste(s) produto(s) junto ao prestador de serviços. Por se tratar de rotina administrativa e técnica que, de acordo com o nível de complexidade, demandará algum tempo, somente marque a data da internação após certificar-se de que todo o processo foi concluído. Agradecemos sua compreensão.

Sendo assim, no caso de procedimentos eletivos, a solicitação deve ser enviada ao CAPESAÚDE com antecedência de pelo menos 05 dias úteis.

Informamos que a cobertura de OPM está limitada aos produtos de fabricação nacional, em conformidade com a Tabela de Compatibilidade Procedimento x OPM do Ministério da Saúde. Caso fique comprovada inexistência de similar nacional, poderão ser excluídos de cobertura produtos importados, bem como produtos não registrados ou aqueles comercializados por fornecedores não cadastrados pela ANVISA. Todos os produtos utilizados deverão estar descritos no boletim cirúrgico.

*** 2 - Associado:**

Ao assinar esta guia, o associado beneficiário ou responsável legal declara ter conhecimento de que só terá cobertura deste evento, se o mesmo estiver enquadrado nas condições gerais do Regulamento do CAPESAÚDE, autorizando a CAPESESP solicitar a médicos e hospitais, a qualquer tempo, todas as informações que julgar necessárias relacionadas à internação, evolução, exames e tratamento, objeto desta solicitação. Recomendamos, ainda, a leitura das observações acima, no caso de utilização de órtese, prótese e materiais especiais (OPM).