

PLAMHAG

1 - Registro ANS ANS-32394-2	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 de 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 ____ - ____ <input type="checkbox"/> 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. Solicit.	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 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 ____/____/____
--	---	--

Av. Dr. José Grossi, 16 - Guarapiranga - CEP:35430-213 - Ponte Nova - MG - Tel/Fax: (31) 3819-5017 / (31) 3819-5019
e-mail: plamhag@gavazza.com.br - site: www.hospitalgavazza.com.br

ATENÇÃO PARA AS CARÊNCIAS PREVISTAS NA CARTEIRA ASSISTENCIAL