

1. OBJETIVO

Instruir no preenchimento das Guias de Solicitação de Internação

2. CONTEÚDO

Esta guia deve ser utilizada para:

- 1- Solicitação de Internação ou Solicitação de Prorrogação de Internação.
- 2- Solicitação de OPME e Medicamentos Controlados para beneficiários internados.
- 3- Solicitação de procedimentos para a remuneração de honorários clínicos e/ ou cirúrgicos (honorários complementares).

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
1	Registro ANS	Número do registro da Unimed Campinas na ANS. Já estará preenchido na guia.	SIM
2	Número da Guia	Não Obrigatório.	NÃO
3	Data da Autorização	Data em que internação foi autorizada.	SIM
4	Senha	Número da autorização para os procedimentos desta guia.	SIM
5	Data da Validade da senha	Data de validade desta autorização	SIM
6	Data da Emissão da Guia	Data em que a guia foi solicitada.	SIM

DADOS DO BENEFICIÁRIO

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
7	Número da Carteira	Código do cartão do beneficiário.	SIM
8	Plano	Corresponde ao código do plano do beneficiário registrado na ANS, discriminado no cartão.	SIM
9	Validade da Carteira	Data da validade descrita no cartão do beneficiário.	SIM
10	Nome	Nome do beneficiário por extenso, de acordo com o cartão.	SIM
11	Número do Cartão Nacional de Saúde	Não Obrigatório.	NÃO

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
12	Código na Operadora/ CNPJ/ CPF	Carimbo de identificação do médico(a) cooperado(a) na Unimed Campinas ou carimbo com identificação e nome do hospital.	SIM
13	Nome do Contratado	Com a utilização do carimbo de identificação no campo 12 não é necessário preencher este campo.	EM ALGUNS CASOS
14	Código CNES(Código Nacional do Estabelecimento de Saúde)	Não Obrigatório.	NÃO
15	Nome do Profissional Solicitante	Informar nome do profissional executante quando o campo 12 se referir à Pessoa Jurídica.	EM ALGUNS CASOS
16	Conselho profissional	Sigla do Conselho (CRM ou CRO para bucomaxilo)	SIM
17	Número no Conselho	Número do CRM ou CRO	SIM
18	UF Conselho	SP ou outra Unidade Federativa do Conselho do profissional	SIM
19	Código CBO-S(Código Brasileiro de Ocupação e Serviços)	Não Obrigatório.	NÃO

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO/ DADOS DA INTERNAÇÃO

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
20	Código na Operadora/ CNPJ/ CPF	UNCP do prestador onde o beneficiário será internado.	SIM
21	Nome do Prestador	Nome por extenso do prestador onde o beneficiário será internado.	SIM
22	Carácter da Internação	Informar E para Eletiva; Informar U para Urgência/ Emergência.	SIM
23	Tipo de Internação	Preencher conforme legenda no próprio campo da guia.	SIM
24	Regime de Internação	Preencher conforme legenda no próprio campo da guia.	SIM
25	Quantidade de Diárias Solicitadas	Informar a quantidade de diárias necessárias para o tratamento.	SIM
26	Indicação Clínica	Informar os motivos e indicações clínicas que levaram à solicitação do procedimento..	SIM

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
27	Tipo de Doença	Não obrigatório.	NÃO
28	Tempo de Doença Referida pelo Paciente	Não obrigatório.	NÃO
29	Indicação de Acidente	Obrigatório quando for acidente. Preencher conforme legenda no próprio campo da guia.	EM ALGUNS CASOS
30	CID 10 Principal	CID 10 Primário	SIM
31	CID 10 (2)	Não obrigatório.	NÃO
32	CID 10 (3)	Não obrigatório.	NÃO
33	CID 10 (4)	Não obrigatório.	NÃO

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
34	Tabela	Não obrigatório.	NÃO
35	Código do Procedimento	Código correspondente ao procedimento solicitado.	SIM
36	Descrição	Descrição (nome) do procedimento solicitado.	SIM
37	Quantidade Solicitada	Quantidade do procedimento solicitado.	SIM
38	Quantidade Autorizada	Quantidade autorizada do procedimento.	SIM

OPME SOLICITADOS

(Os campos de 39 a 44 deverão ser preenchidos somente quando utilizados materiais (OPME) e medicamentos controlados)

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
39	Tabela	Não obrigatório.	NÃO
40	Código OPM	Código de Órteses , Próteses, Materiais Especiais e Medicamentos Controlados. Preenchimento obrigatório quando houver código em lista pré-disponibilizada pela Unimed Campinas.	EM ALGUNS CASOS
41	Descrição OPM	Descrição de Órteses , Próteses, Materiais Especiais e Medicamentos Controlados. Obrigatório sempre que for necessária a solicitação de OPME.	EM ALGUNS CASOS
42	Quantidade	Quantidade de OPME solicitada. Preenchimento obrigatório quando solicitado OPME.	EM ALGUNS CASOS
43	Fabricante	Obrigatório quando material não possuir código em lista pré disponibilizada pela Unimed Campinas, ou seja, material não padronizado / normatizado.	EM ALGUNS CASOS
44	Valor Unitário (R\$)	Não Obrigatório.	NÃO

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
45	Data Provável de Admissão Hospitalar	Data provável do início da internação, informada pelo solicitante.	SIM
46	Qtde. de Diárias Autorizadas	Dados de responsabilidade da Unimed Campinas. Será mantida a guia de autorização atual	NÃO
47	Tipo de Acomodação Autorizada	Dados de responsabilidade da Unimed Campinas. Será mantida a guia de autorização atual	NÃO
48	Código na Operadora/ CNPJ	Dados de responsabilidade da Unimed Campinas. Será mantida a guia de autorização atual	NÃO
49	Nome do Prestador Autorizado	Dados de responsabilidade da Unimed Campinas. Será mantida a guia de autorização atual	NÃO
50	Código CNES	Não Obrigatório.	NÃO
51	Observação	1-Pode ser utilizado para completar a indicação clínica ou outra observação necessária. 2- Obrigatório preenchimento deste campo sempre que preenchidos os campos 40 a 43 e 55 a 70, justificando à necessidade.	EM ALGUNS CASOS
52	Data e Assinatura do Médico Solicitante	Obrigatória a assinatura do médico(a) solicitante. Não obrigatória a data se preenchido o campo 06.	SIM
53	Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Obrigatória data e assinatura do beneficiário ou responsável.	SIM
54	Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	Preenchimento de responsabilidade da Unimed	NÃO

PRORROGADAS

Os campos de 55 a 71 devem ser preenchidos somente quando necessária solicitação complementar de procedimentos, OPME e/ ou prorrogações de Diárias.

N ^o	Campo	Preenchimento	Obrigatório
55	Data	Não Obrigatório.	NÃO
56	Senha	Não Obrigatório.	NÃO
57	Responsável pela Autorização	Não Obrigatório.	NÃO
58	Tipo de Acomodação	Obrigatório somente quando houver troca de acomodação autorizada anteriormente. Informar: 03 quando se tratar de UTI; 22-quando berçário Patológico; 35-quando isolamento; 41-quando quarto coletivo; 42- quando quarto privativo; 61-outras diárias;	EM ALGUNS CASOS
59	Acomodação	Obrigatória descrição por extenso somente quando houver troca de acomodação autorizada anteriormente.	EM ALGUNS CASOS
60	Quantidade Autorizada	Quantidade de diárias autorizadas.Deverá ser preenchido com a quantidade de diárias para solicitação de prorrogações de internação.	EM ALGUNS CASOS
61	Tabela	Não Obrigatório.	NÃO
62	Código do Procedimento	Código correspondente ao procedimento solicitado.	EM ALGUNS CASOS
63	Descrição	Descrição (nome) do procedimento solicitado.	EM ALGUNS CASOS
64	QTDE.	Quantidade do procedimento solicitado.	EM ALGUNS CASOS
65	Quantidade Autorizada	Quantidade autorizada do procedimento.	EM ALGUNS CASOS
66	Tabela	Não Obrigatório.	NÃO

67	Código OPM	Código de Órteses , Próteses, Materiais Especiais e Medicamentos Controlados quando possuir código em lista pré-disponibilizada pela Unimed Campinas.	EM ALGUNS CASOS
68	Descrição OPM	Descrição de Órteses , Próteses, Materiais Especiais e Medicamentos Controlados quando houver necessidade.	EM ALGUNS CASOS
69	Quantidade	Quantidade de OPME solicitada. Preenchimento obrigatório quando solicitado OPME.	EM ALGUNS CASOS
70	Fabricante	Obrigatório quando material não possuir código em lista pré disponibilizada pela Unimed Campinas, ou seja, material não padronizado / normatizado.	EM ALGUNS CASOS
71	Valor Unitário	Não Obrigatório.	NÃO

	Obrigatório preenchimento somente em alguns casos
	Preenchimento obrigatório
	Não obrigatório