

ORIGEM:

PSA PSI Ambul

Outros: _____

Registro: _____ Leito: _____

Nome: _____

Convênio: _____

Dr.(a): _____

Dt. Intern.: ____ / ____ / ____ Dt. Etiq.: ____ / ____ / ____ Idade: ____

Cód. Faturamento: _____

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2. Nº

FORMAPM004R10

1 - Registro ANS	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 do 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 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-____	_____	_____	____	_____	_____

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 (HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO)

Necessidade de UTI: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Médico Assistente (responsável pelo paciente durante a internação) Nome: _____ Especialidade: _____	Paciente tem médico próprio: SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nome: _____ Deseja internar em nome do seu médico? SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Assinatura/Carimbo Enfermeiro
---	---	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____ / ____ / ____	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____ / ____ / ____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____ / ____ / ____
--	---	--

Complemento da Guia de Solicitação de Internação

PREENCHIMENTO MÉDICO

Origem:

PSA

PSI

Ambulatório

Outros _____

Necessidade de UTI

Sim

Não

Médico Assistente

(responsável pelo paciente durante a internação)

Nome: _____

Especialidade: _____

PREENCHIMENTO ENFERMAGEM

O paciente tem médico próprio ?

Sim Nome: _____

Não

Deseja internar em nome do seu médico ?

Sim

Não

Assinatura/carimbo

PREENCHIMENTO INTERNAÇÃO

Médico assistente foi comunicado ?

Sim Data: _____ Horário: _____

Não Motivo: _____

Colaborador Internação

Registro: _____ Leito: _____
Nome: _____
Convênio: _____
Dr.(a): _____
Dt. Intern.: ____ / ____ / ____ Dt. Etiq.: ____ / ____ / ____ Idade: ____
Cód. Faturamento: _____

OBSERVAÇÃO CLÍNICA



006.004

DIAGNÓSTICO: _____

MOLÉSTIAS SECUNDÁRIAS: _____

QUEIXA E DURAÇÃO: _____

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: _____

ANTECEDENTES INDIVIDUAIS: _____

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS: _____

HÁBITOS: _____

INTERROGATÓRIO SOBRE OS APARELHOS: _____

São Camilo - Pompeia
Av. Pompeia, 1178 - tel.: (11) 3677-4444
Cep: 05022-001 - São Paulo - SP

São Camilo - Santana
Rua Voluntários da Pátria, 3693 - tel.: (11) 2972-8000
Cep: 02401-300 - São Paulo SP

São Camilo - Ipiranga
Rua Pouso Alegre, 01 - tel.: (11) 2066-7000
Cep: 04261-030 - São Paulo - SP

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____ Data Nasc: ____/____/____
Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ Grau de parentesco: _____

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____ Data Nasc: ____/____/____
Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

Indicado pelo médico(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médico(as) credenciado(s) no Hospital São Camilo.

1. A proposta do procedimento / tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e outros hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
4. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos deste tratamento. Foi-me dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.
5. Entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

São Paulo, ____ de _____ de _____ .

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha: _____ RG: _____ Grau de parentesco: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL

- Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.
- Paciente portador de deficiência, sem acompanhante ou representante legal.
- Paciente analfabeto, sem acompanhante ou representante legal.

Médico, CRM

REVOGAÇÃO: SP, ____/____/____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

