2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

Postal Saúde
Sua vida, nossa existência

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

1 - Registro ANS |___|___|___|___|___|___|

3 – Número da Guia de Solicitação de Internação |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

4 - Data da Autorização |___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|

5-Senha |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

8 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

10 - Nome do Contratado

11 - Nome do Profissional Solicitante

12 - Conselho Profissional |___|___|

13 - Número no Conselho |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

14 – UF |___|___|

15 - Código CBO |___|___|___|___|___|___|

Dados da Internação

16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas |___|___|___|

17 – Tipo da Acomodação Solicitada |___|___|

18 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

19-Tabela	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	21 - Descrição	22 - Qtde Solic	23 – Qtde Aut
1-|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|	|___|___|___|
2-|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|	|___|___|___|
3-|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|	|___|___|___|
4-|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|	|___|___|___|
5-|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|	|___|___|___|
6-|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|	|___|___|___|
7-|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|	|___|___|___|
8-|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|	|___|___|___|
9-|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|	|___|___|___|

Dados da Autorização

24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas |___|___|___|

25 - Tipo da Acomodação Autorizada |___|___|

26 - Justificativa da operadora

27- Observação / Justificativa

28 - Data da Solicitação |___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Responsável pela Autorização