Postal Saúde
Sua vida, nossa existência

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS: 4 1 9 1 3 3

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

31 – Nome Social

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