



SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Qtde. Diárias Solicitadas

O MELHOR ATENDIMENTO EM PLANO DE SAÚDE

1 - Registro ANS 31.649-1	3- n° Guia de solicitação / Senha	4 - Data da Autorização / /	5- Data de Emissão da Guia / /
-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
6 - Número da Carteira 	7- Plano
8 - Validade da Carteira / /	9 -Idade anos
10 - Nome 	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante/Prestador				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 	13 - Nome do Prestador 	14- Código CNES 		
15- Nome do Profissional Solicitante 	16 - Conselho Profissional 	17- Número no Conselho 	18 - UF 	19 - Código CBO S

Dados da Internação				
20 - Data da Internação / /	21 - Hora da Internação :	22 - Data da Alta / /	23 - Hora da Alta :	24- Motivo da Saída da internação
25-Tipo de Acomodação Utilizada 	26- Data de entrada / /	27- Data de saída / /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		

Hipóteses Diagnósticas			
28-CID 10 Principal 	29 - CID 10 (2) 	30 - CID 10 (3) 	31 - CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados		34 - Descrição	35-Qt. Solic.	36-Qt. Aut.
32-Tabela	33 - Código do Procedimento			
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

OPM Solicitados						
37-Tabela	38-Código do OPM	39-Descrição OPM	40-Qtde.	41-Fabricante	42-Valor Unitário R\$	43- Quant/Valor Autorização
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						

44- Relatório médico / Justificativa da solicitação de prorrogação

45-Data e Assinatura do Médico Solicitante / /	46 - Fone / Fx de retorno 	47 - Responsável
--	-------------------------------	----------------------

Dados da Autoriza			
48 - Qtde. Diárias Autorizadas 	49 - Tipo da Acomodação Autorizada 	50 - Quantidade 	51-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização / /

50 - Observação
