Unimed Fortaleza

# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS
31.714-4

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 Adicionais Solicitados

| 19-Tabela | 20 - Código do Procedimento | 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