Unimed Cariri

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

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 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
|___|___| / |___|___| / |___|___|___|___|		