



Santa Casa  
Saúde

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

2- Nº Guia no Prestador \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_