

Logo da Operadora

**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 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

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

| Termo | Num. do Campo na guia | Nome do campo na guia | Tipo | Tamanho | Formato | Descrição | Condição de Preenchimento |
|---|-----------------------|--|--------|---------|----------|--|---|
| Registro ANS | 1 | Registro ANS | String | 6 | | Registro da operadora de plano privado de assistência à saúde na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) | Obrigatório. |
| Número da guia no prestador | 2 | Nº da guia no prestador | String | 20 | | Número que identifica a guia no prestador de serviços. | Obrigatório. É facultada às operadoras e prestadores de serviços a utilização de código de barras, impressos imediatamente abaixo da numeração. O código de barras deve seguir o padrão CODE 39 de alta densidade. |
| Número da guia de solicitação de internação | 3 | Número da guia de solicitação de internação. | String | 20 | | Número da guia inicial de solicitação de internação. | Obrigatório. |
| Data da autorização | 4 | Data da autorização | Date | 8 | DDMMAAAA | Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora. | Obrigatório. |
| Senha | 5 | Senha | String | 20 | | Senha de autorização emitida pela operadora | Condicional. Deve ser preenchido quando a autorização da operadora for com emissão de senha. |
| Número da guia atribuído pela operadora | 6 | Número da guia atribuído pela operadora | String | 20 | | Número que identifica a guia atribuído pela operadora. | Condicional. Deve ser preenchido caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador. |
| Nome do beneficiário | 8 | Nome | String | 70 | | Nome do beneficiário. | Obrigatório. |
| Número da carteira do beneficiário | 7 | Número da carteira | String | 20 | | Número da carteira do beneficiário na operadora. | Obrigatório. |

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

| Termo | Num. do Campo na guia | Nome do campo na guia | Tipo | Tamanho | Formato | Descrição | Condição de Preenchimento |
|--|-----------------------|----------------------------------|--------|---------|---------|---|---|
| Código do contratado solicitante na Operadora | 9 | Código na operadora | String | 14 | | Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. | Obrigatório. |
| Nome do contratado solicitante | 10 | Nome do contratado | String | 70 | | Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento | Obrigatório. |
| Nome do profissional solicitante | 11 | Nome do profissional solicitante | String | 70 | | Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento. | Condicionado. Deve ser preenchido quando o prestador contratado referido no campo Nome do Contratado for pessoa jurídica. |
| Conselho profissional do solicitante | 12 | Conselho Profissional | String | 2 | | Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26. | Obrigatório. |
| Número do solicitante no conselho profissional | 13 | Número no conselho | String | 15 | | Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional. | Obrigatório. |
| UF do conselho do profissional solicitante | 14 | UF | String | 2 | | Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59. | Obrigatório. |
| Código na Classificação Brasileira de Ocupações do solicitante | 15 | Código CBO | String | 6 | | Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24. | Obrigatório. |

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

| Termo | Num. do Campo na guia | Nome do campo na guia | Tipo | Tamanho | Formato | Descrição | Condição de Preenchimento |
|--|-----------------------|---|---------|---------|---------|--|--|
| Quantidade de diárias adicionais solicitadas | 16 | Qtde. diárias adicionais solicitadas | Integer | 3 | | Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas. | Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de aumento do número de diárias. |
| Tipo da acomodação solicitada | 17 | Tipo da acomodação solicitada | String | 2 | | Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49. | Condicionado. Deve ser preenchido no caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação. |
| Indicação clínica | 18 | Indicação Clínica | String | 500 | | Indicação clínica do profissional embasando a solicitação. | Obrigatório. |
| Tabela de referência do procedimento ou item assistencial solicitado | 19 | Tabela | String | 2 | | Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos ou itens assistenciais solicitados, conforme tabela de domínio nº 87. | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados. |
| Código do procedimento ou item assistencial solicitado | 20 | Código do procedimento ou item assistencial | String | 10 | | Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio. | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados. |
| Descrição do procedimento solicitado | 21 | Descrição | String | 150 | | Descrição do procedimento solicitado pelo prestador. | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados. |
| Quantidade solicitada do procedimento | 22 | Qtde solíc | Integer | 3 | | Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador. | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados. |
| Quantidade autorizada do procedimento | 23 | Qtde Aut | Integer | 3 | | Quantidade do procedimento autorizada pela operadora | Condicionado. Deve ser preenchido caso haja procedimentos adicionais a serem solicitados. |

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

| Termo | Num. do Campo na guia | Nome do campo na guia | Tipo | Tamanho | Formato | Descrição | Condição de Preenchimento |
|--|-----------------------|--|---------|---------|----------|--|---|
| Quantidade de diárias adicionais autorizadas | 24 | Qtde. diárias adicionais autorizadas | Integer | 3 | | Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de "Qtde de Diárias Adicionais Solicitadas" for preenchido pelo prestador de serviços. |
| Tipo da acomodação autorizada | 25 | Tipo da acomodação autorizada | String | 2 | | Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços. |
| Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação | 26 | Justificativa da Operadora | String | 500 | | Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação. |
| Observação / Justificativa | 27 | Observação/Justificativa | String | 500 | | Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário | Opcional. |
| Data da solicitação | 28 | Data da solicitação | Date | 8 | DDMMAAAA | Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento. | Obrigatório. |
| Assinatura do profissional solicitante | 29 | Assinatura do profissional solicitante | | | | Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação. | Obrigatório. |
| Assinatura do responsável pela autorização | 30 | Assinatura do responsável pela autorização | | | | Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora. | Obrigatório. |

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

| Termo | Num. do Campo na guia | Nome do campo na guia | Tipo | Tamanho | Formato | Descrição | Condição de Preenchimento |
|-------------------------------|--|-----------------------|--------|---------|----------|--|--|
| Tipo da acomodação autorizada | Tipo da acomodação autorizada | 25 | String | 2 | | Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que campo de Tipo da Acomodação Solicitada for preenchido pelo prestador de serviços. |
| Justificativa da Operadora | Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação | 26 | String | 500 | | Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação. |
| Justificativa da Operadora | Justificativa da operadora acerca da prorrogação da internação | 26 | String | 500 | | Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação. | Condicionado. Deve ser preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação. |
| Observação/Justificativa | Observação / Justificativa | 27 | String | 500 | | Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário | Opcional. |
| Data da solicitação | Data da solicitação | 28 | Date | 8 | DDMMAAAA | Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento. | Obrigatório. |

Legenda da Guia de Prorrogação de Internação ou Complementação do Tratamento

| Termo | Num. do Campo na guia | Nome do campo na guia | Tipo | Tamanho | Formato | Descrição | Condição de Preenchimento |
|--|--|------------------------------|-------------|----------------|----------------|--|----------------------------------|
| Assinatura do profissional solicitante | Assinatura do profissional solicitante | 29 | | | | Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação. | Obrigatório. |
| Assinatura do responsável pela autorização | Assinatura do responsável pela autorização | 30 | | | | Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora. | Obrigatório. |