

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 beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

11 - Profissional Solicitante

12 - Conselho Profissional

13 - Número no Conselho

14 - UF

15 - Código CBO

16- Solicitação

Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

Tipode acomodação Solicitada

Período da diária (Data)

Indicação Clínica/Observação:

Assinatura/Carimbo do Profissional Solicitante

Assinatura/Carimbo do Profissional Autorizador

17- Solicitação

Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

Tipode acomodação Solicitada

Período da diária (Data)

Indicação Clínica/Observação:

Assinatura/Carimbo do Profissional Solicitante

Assinatura/Carimbo do Profissional Autorizador

18- Solicitação

Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas

Tipode acomodação Solicitada

Período da diária (Data)

Indicação Clínica/Observação:

Assinatura/Carimbo do Profissional Solicitante

Assinatura/Carimbo do Profissional Autorizador

Valor Documento:	<input type="checkbox"/> Administrativo	<input type="checkbox"/> Fiscal	<input checked="" type="checkbox"/> Informativo	<input checked="" type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Primário	<input type="checkbox"/> Probatório	<input type="checkbox"/> Secundário
Tipo Sigilo:	<input type="checkbox"/> Confidencial	<input type="checkbox"/> Restrita	<input type="checkbox"/> Uso Interno	<input checked="" type="checkbox"/> Pública				
Procedência:	<input checked="" type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado						

ELABORADO POR:

Auditoria Enfermagem

REVISADO POR:

Controladoria de Processos
Gerência Jurídica

APROVADO POR:

Gerente Auditoria Enfermagem