DESBAN
Fundação BDMG de Seguridade Social

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2- Número da 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

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
|___|___|

Procedimentos Adicionais Solicitados

18 - Indicação Clínica

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

ANS 35.766-9