

Número da Guia de Solicitação de Internação	Data da Autorização	Senha	Número da Guia Atribuído pela Operadora
---	---------------------	-------	---

**Dados do Beneficiário**

Número da Carteira	Nome
--------------------	------

**Dados do Contratado Solicitante**

Código na Operadora	Nome do Contratado
---------------------	--------------------

Nome do Profissional Solicitante	Conselho Profissional	Número do Conselho	UF	Código CBO
----------------------------------	-----------------------	--------------------	----	------------

**Dados da Internação**

Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas	Tipo de Acomodação Solicitada
--------------------------------------	-------------------------------

Indicação Clínica

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

Tabela	Código do Procedimento ou Item Assistencial	Descrição	Qtde. Solicitada	Qtde. Autorizada
01 -				
02 -				
03 -				
04 -				
05 -				

**Dados da Autorização**

Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas	Tipo de Acomodação Autorizada
--------------------------------------	-------------------------------

Justificativa da operadora

Observação / Justificativa

Data da Solicitação	Assinatura do Profissional Solicitante	Assinatura do Responsável pela Autorização
---------------------	--	--