

**ANS Nº 34.333-1 Instrução de Preenchimento - Guia de Solicitação de Prorrogação de Internação ou Complemento do Tratamento - RN 305 08/10/2012 e IN 51 08/10/2012.**

Utiliza-se para solicitação de prorrogação de internação e de novos procedimentos, referenciando a Guia de Solicitação de Internação mesmo que já tenha sido efetuada alguma cobrança utilizando a Guia de Resumo de Internação.

- 02 - Nº Guia no Prestador - Número que identifica a guia no prestador de serviços. *Preencher o número que identifica a guia no prestador de serviços.* - Obrigatório
- 03 - Número da Guia de Solicitação de Internação - Número da guia inicial de solicitação de internação. *Preencher o número que identifica a guia de Solicitação de Internação que originou o atendimento.* - Obrigatório
- 04 - Data da Autorização - Data em que a autorização para realização do atendimento/procedimento foi concedida pela operadora. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, em que a autorização foi concedida pela operadora.* - Obrigatório
- 05 - Senha - Senha de autorização emitida pela operadora. *Preencher em caso de autorização pela operadora com emissão de senha.* - Condicionado
- 06 - Número da Guia Atribuído pela Operadora - Número que identifica a guia atribuído pela operadora. *Preencher caso a operadora atribua outro número à guia, independente do número que a identifica no prestador.* - Condicionado

**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

- 07 - Número da Carteira - Número da carteira do beneficiário na operadora. *Preencher o número de inscrição do beneficiário atendido (10 dígitos) localizado à esquerda do cartão.* - Obrigatório
- 08 - Nome - Nome do beneficiário - Obrigatório

**DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE**

- 09 - Código na Operadora - Código identificador do prestador solicitante junto a operadora, conforme contrato estabelecido. *Preencher o CNPJ (quando Pessoa Jurídica) ou CPF (quando Pessoa Física) do contratado solicitante.* - Obrigatório
- 10 - Nome do Contratado - Razão Social, nome fantasia ou nome do prestador contratado da operadora que está solicitando o procedimento. - Obrigatório
- 11 - Nome do Profissional Solicitante - Nome do profissional que está solicitando a prorrogação da internação ou a complementação do tratamento. *Preencher o nome do profissional solicitante quando o prestador contratado referido no campo "10 - Nome do Contratado" for pessoa jurídica.* - Condicionado
- 12 - Conselho Profissional - Código do conselho profissional do solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 26. - Obrigatório
- 13 - Número no Conselho - Número de registro do profissional solicitante no respectivo Conselho Profissional. - Obrigatório
- 14 - UF - Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do solicitante, conforme tabela de domínio nº 59. - Obrigatório
- 15 - Código CBO - Código na Classificação Brasileira de Ocupações do profissional solicitante do procedimento ou item assistencial, conforme tabela de domínio nº 24. - Obrigatório

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

- 16 - Qtde. Diárias Adicionais Solicitadas - Quantidade de diárias de internação adicionais solicitadas. - Condicionado
- 17 - Tipo da Acomodação Solicitada - Código do tipo da acomodação solicitada, conforme tabela de domínio nº 49. *Em caso de solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação, preencher o código correspondente ao tipo de acomodação solicitada.* - Condicionado
- 18 - Indicação Clínica - Indicação clínica do profissional justificando a solicitação. *Espaço destinado para justificativa médica pelo profissional solicitante de diárias, procedimentos ou itens assistenciais adicionais solicitadas* - Obrigatório

**PROCEDIMENTOS OU ITENS ASSISTENCIAIS ADICIONAIS SOLICITADOS**

- 19 - Tabela - Código da tabela utilizada para identificar os procedimentos realizados ou utilizados, conforme tabela de domínio nº 87. *Preencher quando houver procedimento ou itens assistenciais adicionais a serem solicitados.* - Condicionado
- 20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial - Código identificador do procedimento ou item assistencial solicitado pelo prestador, conforme tabela de domínio. *Preencher quando houver procedimento ou itens assistenciais adicionais a serem solicitados* - Condicionado
- 21 - Descrição - Descrição do procedimento solicitado pelo prestador. *Preencher quando houver procedimento ou itens assistenciais adicionais a serem solicitados* - Condicionado
- 22 - Qtde Solic - Quantidade do procedimento solicitado pelo prestador. *Preencher quando houver procedimento ou itens assistenciais adicionais a serem solicitados* - Condicionado
- 23 - Qtde Aut - Quantidade do procedimento autorizada pela operadora. *Preencher quando houver procedimento ou itens assistenciais adicionais a serem solicitados.* - Condicionado

**DADOS DA AUTORIZAÇÃO**

- 24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas - Quantidade de diárias de internação adicionais autorizadas pela operadora. *Será preenchido o número de diárias adicionais autorizadas sempre que houver solicitação de diárias adicionais no campo "16-Qtde. diárias Adicionais Solicitadas" preenchido pelo prestados de serviços.* - Condicionado
- 25 - Tipo da Acomodação Autorizada - Código do tipo da acomodação autorizada, conforme tabela de domínio nº 49. *Será preenchido o tipo da acomodação autorizada sempre que houver solicitação de alteração do tipo de acomodação da internação no campo "17- Tipo da Acomodação Solicitada" preenchido pelo prestados de serviços* - Condicionado
- 26 - Justificativa da operadora - Justificativa da operadora sobre a solicitação de prorrogação da internação. *Será preenchido sempre que a operadora não autorizar a prorrogação ou a complementação da internação.* - Condicionado
- 27 - Observação/Justificativa - Campo utilizado para adicionar quaisquer observações sobre o atendimento ou justificativas que julgue necessário. - Opcional
- 28 - Data da Solicitação - Data em que o profissional está solicitando a prorrogação ou complementação do tratamento. *Preencher o dia, mês e ano, no formato DD/MM/AAAA, do pedido de prorrogação ou complemento do tratamento.* - Obrigatório
- 29 - Assinatura do Profissional Solicitante - Assinatura do profissional que está fazendo a solicitação. - Obrigatório
- 30 - Assinatura do Responsável pela Autorização - Assinatura do responsável pela autorização concedida pela operadora. - Obrigatório