

1 - Registro ANS 3 4 3 4 6 3	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
--	--

4 - Data da Autorização / /	5 - Senha 	6 - Data de Validade da Senha / /
---	----------------------	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 	8 - Validade da Carteira / /	9-Atendimento a RN
10 - Nome 		11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 	13 - Nome do Contratado 			
14 - Nome do Profissional Solicitante 	15 - Conselho Profissional 	16 - Número no Conselho 	17 - UF 	18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 	21 - Data sugerida para internação / /			
22 - Caráter do Atendimento 	23-Tipo de Internação 	24 - Regime de Internação 	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 	26 - Previsão de uso de OPME 	27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

29-CID 10 Principal 	30 - CID 10 (2) 	31 - CID 10 (3) 	32 - CID 10 (4) 	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
--------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-				
02-				
03-				
04-				
05-				
06-				
07-				
08-				
09-				
10-				
11-				
12-				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar / /	40 - Qtde. Diárias Autorizadas 	41 - Tipo da Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 	
44 - Código CNES 		

45 - Observação / Justificativa
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

46-Data da Solicitação / /	47-Assinatura do Profissional Solicitante 	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável 	49-Assinatura do Responsável pela Autorização
--	--	---	--