

1- Registro ANS <b>400190</b>	3- Data da Autorização  _ _ / _ _ / _ _	4- Senha	5-Data Validade da Senha	6- Data de Emissão da Guia  _ _ / _ _ / _ _
----------------------------------	--	----------	--------------------------	--

**Dados do Beneficiário**

7-Número da Carteira	8- Plano	9- Validade da Carteira
10- Nome		11- Número do Cartão Nacional de Saúde

**Dados do Contratado Solicitante**

12- Código na Operadora/ CNPJ/ CPF	13- Nome do Contratado	14- Código CNES
15- Nome do Profissional Solicitante	16- Conselho Profissional	17- Número no Conselho
	18- UF	19- Código CBO S

**Dados do Contratado Solicitado/ Dados da Internação**

20- Código na Operadora/ CNPJ	21- Nome do Prestador
22- Caráter da Internação E-Eletiva U-Urgência/Emergência	23- Tipo de Internação 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica
24- Regime de Internação 1-Hospitalar 2-Hospital-dia 3-Domiciliar	25- Qtde. Diárias Solicitadas

**26- Indicação Clínica**

**Hipóteses Diagnósticas**

27- Tipo Doença A-Aguda C-Crônica	28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente A-Anos M-Meses D-Dias	29- Indicação de Acidente 0-Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1-Trânsito 2-Outros
30- CID 10 Principal	31- CID 10 (2)	32- CID 10 (3)
		33- CID 10 (4)

**Procedimentos Solicitados**

34- Tabela	35- Código do Procedimento	36- Descrição	37- Qtde.Solicit	38- Qtde.Aut
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

**OPM Solicitados**

39-Tabela	40-Código do OPM	41- Descrição OPM	42- Qtde.	43- Fabricante	44- Valor Unitário R\$
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					

**Dados da Autorização**

45- Data Provável da Admissão Hospitalar	46- Qtde. Diárias Autorizadas	47- Tipo da Acomodação Autorizada
48- Código na Operadora/ CNPJ	49- Nome do Prestador Autorizado	
		50- Código CNES

**51- Observação**

**Autorização :**

52- Data e Assinatura do Médico Solicitante  _ _ / _ _ / _ _	53- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável  _ _ / _ _ / _ _	54- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização  _ _ / _ _ / _ _
---	--	---

