

1 - Registro ANS	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	23 - Tipo de Internação
<input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
<input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	_____

26 - Indicação Clínica
_____ _____ _____

**Hipóteses Diagnósticas**

27 - Tipo Doença	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29 - Indicação de Acidente	
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	____ - ____ A-Anos M-Meses D-Dias	<input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 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
_____ _____ _____

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

