

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 <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <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 <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____
--	---

26 - Indicação Clínica

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ A-Anos M-Meses D-Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 -
---	--	--

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. Solic	38 - Qtde. Aut
1-	_____	_____	_____	_____
2-	_____	_____	_____	_____
3-	_____	_____	_____	_____

OPM Solicitados

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

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 ____/____/____
--	---	--