



1 - Registro ANS

355151

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 do 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

E - Eletiva U - Urgência/Emergência

1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

26 - Indicação Clínica

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença

28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente

29 - Indicação de Acidente

A - Aguda C - Crônica

A - Anos M - Meses D - Dias

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

37 - Qtde. Solic

38 - Qtde. Aut

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

OPM Solicitados

39 - Tabela

40 - Código do OPM

41 - Nome do 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