

1 - Registro ANS  
2 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
3 - Data da Autorização  
4 - Senha  
5 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

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

Dados do Contratado Solicitante

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

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

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

27 - Indicação Clínica

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

33 - CID 10 Principal  
34 - CID 10 (2)  
35 - CID 10 (3)  
36 - CID 10 (4)  
37 - 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	32.32.03	Artroscopia	01	
02	32.32.03	Transfêrência de tecido	01	
03	32.32.03	Artroscopia	01	
04	32.32.03	Artroscopia	01	
05	32.32.03	Artroscopia	01	
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