

2-Nº

1-Registro ANS	3-Data da Autorização	4-Senha	5-Data Validade da Senha	6-Data de Emissão da Guia
----------------	-----------------------	---------	--------------------------	---------------------------

<b>Dados do Beneficiário</b>		8-Plano	9-Validade da Carteira
7-Número da Carteira			
10-Nome		11-Número do Cartão Nacional de Saúde	

<b>Dados do Contratado Solicitante</b>		13-Nome do Contratado	14-Código CNES
12-Código na Operadora / CNPJ / CPF			
15-Nome do Profissional Solicitante	16-Conselho Profissional	17-Número do Conselho	18-UF
19-Código CBOS			

<b>Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação</b>		21-Nome do Prestador	
20-Código na Operadora / CNPJ			
22-Caráter da Internação		23-Tipo de Internação	
E - Eletiva U - Urgência / Emergência		1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica	

24-Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas	
1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar			
26-Indicação Clínica			

**Hipóteses Diagnósticas**

27-Tipo Doença		28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente			29-Indicação de Acidente		
C - 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 Realizados**

34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Qtde. Solic	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 de Acomodação Autorizada	
48-Código na Operadora / CNPJ		49-Nome do Prestador autorizado		50-Código CNES	
51-Observação					

52-Médico Solicitante		53-Beneficiário ou Responsável		54-Responsável pela Autorização	
Data		Data		Data	