

1 - Registro ANS

\_\_\_\_\_

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

\_\_\_\_\_

4 - Data da Autorização

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5 - Senha

\_\_\_\_\_

6 - Data de Validade da Senha

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira

\_\_\_\_\_

8 - Validade da Carteira

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

9 - Atendimento a RN

\_\_\_\_\_

10 - Nome

\_\_\_\_\_

11 - Cartão Nacional de Saúde

\_\_\_\_\_

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora

\_\_\_\_\_

13 - Nome do Contratado

\_\_\_\_\_

14 - Nome do Profissional Solicitante

\_\_\_\_\_

15 - Conselho Profissional

\_\_\_\_\_

16 - Número no Conselho

\_\_\_\_\_

17 - UF

\_\_\_\_\_

18 - Código CBO

\_\_\_\_\_

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ

\_\_\_\_\_

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

\_\_\_\_\_

21 - Data sugerida para internação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

22 - Caráter do Atendimento

\_\_\_\_\_

23 - Tipo de Internação

\_\_\_\_\_

24 - Regime de Internação

\_\_\_\_\_

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

\_\_\_\_\_

26 - Previsão de uso de OPME

\_\_\_\_\_

27 - Previsão de uso de quimioterápico

\_\_\_\_\_

28 - Indicação Clínica

\_\_\_\_\_

29 - CID 10 Principal (Opcional)

\_\_\_\_\_

30 - CID 10 (2) (Opcional)

\_\_\_\_\_

31 - CID 10 (3) (Opcional)

\_\_\_\_\_

32 - CID 10 (4) (Opcional)

\_\_\_\_\_

33 - 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- _____	_____	Atropofatia total de Joelho	_____	_____
02- _____	_____	_____	_____	_____
03- _____	_____	_____	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____	_____
07- _____	_____	Artroscopia total de Joelho	_____	_____
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

\_\_\_\_\_