

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 Solicitante / Dados do 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 (1) (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 de Alto Custo Solicitados			37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição		
01	30733103	Reconstrução L PFM	01	
02	30733048	Osteocondroplastia	01	
03	30731224	Implante de prótese	01	
04		de vídeo		
05				
06	30726220	Osteotomia de Tub. Ant. Tíbia	01	
07				
08		Min. incisão	01	
09		Post. shunt	01	
10		Protese intertr	01	
11		Protese péssimo fratura	01	
12				

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
--------------------------	---	--	---