

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
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>

10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
Luana S Oliveira	

Dados do Contratado Solicitante

12 – Código na Operadora <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	13 - Nome do Contratado <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	--

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
	HCL.	

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 - Indicação Clínica

Action MTF helix Gy Gz

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)
MIS9				

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	30734045	atendimento gestico	01	
02-	30729203	atendimento foleto	01	
03-				
04-				
05-				
06-				
07-		1 shaver.		
08-		1 grupo Agrof		
09-		2 microfone.		
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
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Profissional Solicitante	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="border-top: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>			