

1 - Registro ANS ANS - nº 357511	3 - Data da Autorização _/_/ _/_/ _/_	4 - Senha _ _ _ _ _	5 - Data de Validade da Senha _/_/ _/_/ _/_	6 - Data de Emissão da Guia _/_/ _/_/ _/_
-------------------------------------	--	------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira _ _ _ _ _	8 - Plano _ _ _ _ _	9 - Validade da Carteira _/_/ _/_/ _/_
10 - Nome _ _ _ _ _	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _	13 - Nome do Contratado _ _ _ _ _	14 - Código CNES _ _ _ _ _		
15 - Nome do Profissional Solicitante _ _ _ _ _	16 - Conselho Profissional _ _ _ _ _	17 - Número no Conselho _ _ _ _ _	18 - UF _ _	19 - Código CBO S _ _ _ _ _

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código da Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _	21 - Nome do Prestador _ _ _ _ _
22 - Caráter da Internação _ E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação _ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação _ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _ _ _ _
26 - Indicação Clínica _	

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo de Doença _ A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença _ _ _ - _ A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente _ 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 Solicitados

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
1 -	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
2 -	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
3 -	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
4 -	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
5 -	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _

Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar _/_/ _/_/ _/_	46 - Qtde. Diárias Autorizadas _ _ _	47 - Tipo de Acomodação Autorizada _ _ _
48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _ _ _ _ _	49 - Nome do Prestador Autorizado _ _ _ _ _	50 - Código CNES _ _ _ _ _

51 - Observações

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
-------------------------------------	--	--

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _/_/ _/_/ _/_	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/ _/_/ _/_	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/ _/_/ _/_
---	--	---