

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>									
7-Número da Carteira				8-Plano			9-Validade da Carteira		
10-Nome						11-Número do Cartão Nacional de Saúde			
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>									
12-Código na Operadora / CNPJ / CPF				13-Nome do Contratado				14-Código CNES	
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>									
20-Código na Operadora / CNPJ				21-Nome do Prestador					
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									
<b>Hipóteses Diagnósticas</b>									
27-Tipo Doença		28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente				29-Indicação de Acidente			
A - 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)			
<b>Procedimentos Realizados</b>									
	34-Tabela	35-Código do Procedimento			36-Descrição			37-Qtde. Solicit	38-Qtde. Aut
1									
2									
3									
4									
5									
<b>OPM Solicitados</b>									
	39-Tabela	40-Código do OPM			41-Descrição OPM		42-Qtde.	43-Fabricante	44-Valor Unitário - R\$
1									
2									
3									
4									
5									
<b>Dados da Autorização</b>									
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		Assinatura			Data			Assinatura	