



1 - Registro ANS 34 919-4	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 <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência / Emergência		23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica	
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Quantidade de Diárias Solicitadas	26 - Previsão de Uso de OPME	27 - Previsão de Uso de Quimioterapia

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 SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qt. Solic.	38 - Qt. Autoriz.
01 -				
02 -				
03 -				
04 -				
05 -				
06 -				
07 -				
08 -				
09 -				
10 -				
11 -				
12 -				

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Quantidade de Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada	42 - Código na Operadora / CNPJ
---	--	------------------------------------	---------------------------------

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
--	------------------

45 - Observação

46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	--	---