

1 - Registro ANS ANS Nº 42.205-3	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha	5 - Data 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 na 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 na Operadora / CNPJ ____	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 Doença ☐ A - Aguda ☐ C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ 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. Solicit	38 - Qtde. Aut
1-	____	_____	____	____
2-	____	_____	____	____
3-	____	_____	____	____
4-	____	_____	____	____
5-	____	_____	____	____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-	____	____	_____	____,____
2-	____	____	_____	____,____
3-	____	____	_____	____,____
4-	____	____	_____	____,____
5-	____	____	_____	____,____

Dados da autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES
51 - Observação _____ _____ _____		

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

55 - Data 		56 - Senha 	57 - Responsável pela Autorização
58 - Tipo acomod 59 - Acomodação 		60 - Quantidade autorizada 	

61-Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde.Solic	65 - Qtde. Aut

66-Tabela	67-Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário (R\$)

55 - Data 	56 - Senha 	57 - Responsável pela Autorização 		
58 - Tipo acomod 59 - Acomodação 		60 - Quantidade autorizada 		
61-Tabela	62 - Código do Procedimento 	63 - Descrição		
66-Tabela	67-Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde. 70 - Fabricante	71 - Valor Unitário (R\$)

55 - Data 	56 - Senha 	57 - Responsável pela Autorização 		
58 - Tipo acomod 59 - Acomodação 		60 - Quantidade autorizada 		
61-Tabela 62 - Código do Procedimento 	63 - Descrição 64 - Qtde.Solic 65 - Qtde. Aut 			
66-Tabela 67-Código do OPM 	68 - Descrição OPM 	69 - Qtde. 	70 - Fabricante 	71 - Valor Unitário (R\$)