

1 - Registro ANS Nº 379280	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 - Cartão Nacional da 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 / CPF _____	21 - Nome do Prestador
22 - Caráter da Internação <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 - Hospitalar-Dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias solicitadas _____
26 - Indicação Clínica _____ _____ _____ _____ _____	

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____-____-____ A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 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. Solicitada	38 - Qtde. Autorizada
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 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 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*) ____/____/____	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____
--	---	--

PRORROGAÇÕES

55 - Data ____/____/____		56 - Senha		57 - Responsável pela Autorização		
58 - Tipo de Acomodação ____		59 - Acomodação		60 - Qtde. Autorizada ____		
61 - Tabela Autorizada	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição			64 - Qtde. Solicitada	65 - Qtde.
1 -	_____	_____			____	____
2 -	_____	_____			____	____
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$	
1 -	_____	_____	____	_____	_____	
2 -	_____	_____	____	_____	_____	

55 - Data ____/____/____		56 - Senha		57 - Responsável pela Autorização		
58 - Tipo de Acomodação ____		59 - Acomodação		60 - Qtde. Autorizada ____		
61 - Tabela Autorizada	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição			64 - Qtde. Solicitada	65 - Qtde.
1 -	_____	_____			____	____
2 -	_____	_____			____	____
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$	
1 -	_____	_____	____	_____	_____	
2 -	_____	_____	____	_____	_____	

55 - Data ____/____/____		56 - Senha		57 - Responsável pela Autorização		
58 - Tipo de Acomodação ____		59 - Acomodação		60 - Qtde. Autorizada ____		
61 - Tabela Autorizada	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição			64 - Qtde. Solicitada	65 - Qtde.
1 -	_____	_____			____	____
2 -	_____	_____			____	____
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor Unitário R\$	
1 -	_____	_____	____	_____	_____	
2 -	_____	_____	____	_____	_____	