

1 - Registro ANS ANS - nº 3575111	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 <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 - 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 / / - / / 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. Solicit.	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 / /

Prorrogações

55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela autorização			
____/____/____	_____	_____			
58 - Tipo Acomod	59 - Acomodação	60 - Qtd. Autorizada			
____	_____	____			
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde. Solicit.	65 - Qtde. Aut.	
1 - ____	____	_____	____	____	
2 - ____	____	_____	____	____	
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor unitário
1 - ____	____	_____	____	_____	____
2 - ____	____	_____	____	_____	____

55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela autorização			
____/____/____	_____	_____			
58 - Tipo Acomod	59 - Acomodação	60 - Qtd. Autorizada			
____	_____	____			
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde. Solicit.	65 - Qtde. Aut.	
1 - ____	____	_____	____	____	
2 - ____	____	_____	____	____	
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor unitário
1 - ____	____	_____	____	_____	____
2 - ____	____	_____	____	_____	____

55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela autorização			
____/____/____	_____	_____			
58 - Tipo Acomod	59 - Acomodação	60 - Qtd. Autorizada			
____	_____	____			
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde. Solicit.	65 - Qtde. Aut.	
1 - ____	____	_____	____	____	
2 - ____	____	_____	____	____	
66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricante	71 - Valor unitário
1 - ____	____	_____	____	_____	____
2 - ____	____	_____	____	_____	____