

1 - Registro ANS	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	23-Tipo de Internação
☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência	☐ 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

Hipótesis 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)

Procedimientos Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				

OPM Solicitados

[illegible]

Dados da Autorização

[illegible]

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 Acomod	59-Acomodação	60- Qtde. 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\$			
____	_____	_____	____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
____	_____	_____	____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			

[illegible][illegible]