

1 - Registro ANS 41.689-4	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 - Carater 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 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 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	41 - Descrição 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 ____/____/____
--	---	--

