

1- Registro ANS 3- Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7- Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN

10 - Nome 11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número no Conselho 17-UF 18 - Código CBO

Dados do Hospital Local Solicitado / Dados do Internado

19- Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado 21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento 23 - Tipo de Internação 24 - Regime de Internação 25 - Qtde. Diárias Solicitadas 26 - Previsão de uso de OPME 27 - Previsão de uso de quimioterapia

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal 30 - CID 10 (2) 31 - CID 10 (3) 32 - CID 10 (4) 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
01-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diárias Autorizadas 41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado 44 - Código CNES

45 - Observação/Justificativa

46 - Data da Solicitação 47 - Assinatura do Profissional Solicitante 48- Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização