

1 - Registro ANS ANS - 30562-6	2 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha _____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data da 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 Contratante Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ _____	21 - Nome do Prestador _____
--	---------------------------------

22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo da 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 <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
---	--	---

30 - CID 10 Principal _____	30 - CID 10 (2) _____	32 - CID 10 (3) _____	33 - CID 10 (4) _____
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Procedimento Solicitantes

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

OPM Solicitantes

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 da 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 Acomod. ____	59 - Acomodação _____	60 - Qtde. Autorizada ____
---------------------------	--------------------------	-------------------------------

61 - Tabela Aut.	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde. Solic.	65 - Qtde.
____	_____	_____	____	____
____	_____	_____	____	____

66 - Tabela	67 - Código do OPM	68 - Descrição OPM	69 - Qtde.	70 - Fabricação	71 - Valor Unitário R\$
____	_____	_____	____	_____	_____,____
____	_____	_____	____	_____	_____,____