

1 - Registro ANS 4 1 9 1 3 - 3	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 a 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 da Internação

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 quimioterápico ____

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 ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	_____	_____	____	____
02-	_____	_____	____	____
03-	_____	_____	____	____
04-	_____	_____	____	____
05-	_____	_____	____	____
06-	_____	_____	____	____
07-	_____	_____	____	____
08-	_____	_____	____	____
09-	_____	_____	____	____
10-	_____	_____	____	____
11-	_____	_____	____	____
12-	_____	_____	____	____

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 _____
---	---	--	---