

# Saúde



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 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 Prof. \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

\* Campos brancos preenchimento obrigatório.