

<b>1 - Registro ANS</b> ANS - nº 38569-7		<b>3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora</b> _____			
<b>4 - Data da Autorização</b> ____/____/____		<b>5 - Senha</b> _____			<b>6 - Data de Validade da Senha</b> ____/____/____

**Dados do Beneficiário**

<b>7 - Número da Carteira</b> _____		<b>8 - Validade da Carteira</b> ____/____/____		<b>9-Atendimento a RN</b> __
<b>10 - Nome</b> _____			<b>11 - Cartão Nacional de Saúde</b> _____	

**Dados do Contratado Solicitante**

<b>12 - Código na Operadora</b> _____		<b>13 - Nome do Contratado</b> _____			
<b>14 - Nome do Profissional Solicitante</b> _____		<b>15 - Conselho Profissional</b> __	<b>16 - Número no Conselho</b> _____		<b>17 - UF</b> __
					<b>18 - Código CBO</b> _____

**Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação**

<b>19- Código na Operadora / CNPJ</b> _____		<b>20 - Nome do Hospital/Local Solicitado</b> _____			<b>21 - Data sugerida para internação</b> ____/____/____
<b>22 - Caráter do Atendimento</b> __	<b>23-Tipo de Internação</b> __	<b>24 - Regime de Internação</b> __	<b>25 - Qtde. Diárias Solicitadas</b> _____	<b>26 - Previsão de uso de OPME</b> __	<b>27 - Previsão de uso de quimioterápico</b> __

**28 - Indicação Clínica**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>29-CID 10 Principal(Opcional)</b> _____	<b>30 - CID 10 (2)(Opcional)</b> _____	<b>31 - CID 10 (3)(Opcional)</b> _____	<b>32 - CID 10 (4) (Opcional)</b> _____	<b>33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)</b> __	
---	---	---	--	--	--

**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**

<b>39 - Data Provável da Admissão Hospitalar</b> ____/____/____		<b>40 - Qtde. Diarias Autorizadas</b> _____	<b>41 - Tipo da Acomodação Autorizada</b> __
<b>42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado</b> _____		<b>43 - Nome do Hospital / Local Autorizado</b> _____	
<b>44 - Código CNES</b> _____			

**45 - Observação / Justificativa**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>46-Data da Solicitação</b> ____/____/____	<b>47-Assinatura do Profissional Solicitante</b> _____	<b>48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> _____	<b>49-Assinatura do Responsável pela Autorização</b> _____
---	---	--	---