

1 - Registro ANS <b>ANS-nº34665-9</b>	3 - Data da Autorização ____/____/____	4 - Senha _____	5 - Data Validade da Senha ____/____/____	6 - Data de 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 CONTRATADO 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 de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirurgia <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 _____	31 - CID 10 (2) _____	32 - CID 10 (3) _____	33 - CID 10 (4) _____

**PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

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

**OPM SOLICITADOS**

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 na 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 ____/____/____

**INSTRUÇÃO**

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório.