



1 - Registro ANS  
3 3 3 6 8 9

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

NUMERO SOLICITAÇÃO:		DATA DA SOLICITAÇÃO:		SOLICITANTE:		CÓDIGO DO REFERENCIADO:			
		AUTORIZAÇÃO - MATERIAIS ESPECIAIS - FAX (0XX21)40042762							
		Senha:		Data do Evento:		Número de identificação do segurado (paciente)		CPF do segurado	
Nome do segurado (paciente):						Sexo ( ) Masc ( ) Fem		Idade	
Hospital/Clinica:			Código de referenciamento do Hospital/Clinica:			Telefone do Hospital/Clinica			
Descrição da(s) Cirurgia(s)						Código Procedimento Bradesco			
<b>Discriminação dos Materiais</b>									
ITEM	QUANTIDADE	MARCA	FORNECEDOR			ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Médico Cirurgião - Assinatura e carimbo					TELEFONE:				
					FAX:				
CRM:					E.mail:				
FORNECEDOR 1 :			Fornecedor 2:			Fornecedor 3:			
Tel.: ( 11 )			Tel.: ( 11 )			Tel.: ( 11 )			
NOTA FISCAL:					LOCAL DO PAGAMENTO:				
<b>Uso BRADESCO SAÚDE</b>									
<b>A) AUTORIZADO</b>			<b>B) PENDÊNCIA</b>			<b>C) NÃO AUTORIZADO</b>			
<input type="checkbox"/> Pagamento hospital - cobrar em conta			<input type="checkbox"/> Especificação completa do material			<input type="checkbox"/> Sem cobertura contratual			
<input type="checkbox"/> Pagamento fornecedor			<input type="checkbox"/> Nome do fabricante/fornecedor			<input type="checkbox"/> Sem registro no Ministério da Saúde			
<input type="checkbox"/> Cobertura somente por Reembolso			<input type="checkbox"/> Aguardando resposta do fornecedor			<input type="checkbox"/> Não necessita autorização			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Preencher campo(s) assinalado(s)						
			<input type="checkbox"/> Outros						
						Visto			
<b>PROJETO DE OPME</b>									