

<b>1 - Registro ANS</b> <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">366871</div>	<b>3 - Número da Guia Atribuída pela Operadora</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	---

<b>4 - Data da Autorização</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>5 - Senha</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>6 - Data de Validade da Senha</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	---	---

**Dados do Beneficiário**

<b>7 - Número da Carteira</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>8 - Validade da Carteira</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>9 - Atendimento da RN</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<b>10 - Nome</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>11 - Cartão Nacional de Saúde</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

**Dados do Contratado Solicitante**

<b>12 - Código do Contratado</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>13 - Nome do Contratado</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
<b>14 - Nome do Profissional Solicitante</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>15 - Conselho Profissional</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>16 - Número no Conselho</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>17 - UF</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>18 - Código CBO</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

**Dados da Internação**

<b>19 - Código na Operadora / CNPJ</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>20 - Nome do Hospital / Local Solicitado</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>21 - Data Sugerida para Internação</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
<b>22 - Caráter do Atendimento</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>23 - Tipo de Internação</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>24 - Regime de Internação</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>25 - Qtde. Diárias Solicitadas</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>26 - Previsão de uso de OPME</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>27 - Previsão de uso de Quimioterápico</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

**28 - Indicação Clínica**

<b>29 - CID 10 Principal</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>30 - CID 10 (2)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>31 - CID 10 (3)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>32 - CID 10 (4)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>33 - Indicação de Acidente</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
---	---	---	---	--

**Procedimentos Adicionais Solicitados**

34-Tabela	35 - Código do Procedimento	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> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>40 - Qtde. Diárias Autorizadas</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>41 - Tipo da Acomodação Autorizada</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<b>42 - Código na operadora</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>43 - Nome do Hospital / Local Autorizado</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>44 - Código CNES</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<b>45 - Observação / Justificativa</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		

<b>46 - Data da Solicitação</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>47 - Assinatura do Profissional Solicitante</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>49 - Assinatura do Responsável pela Autorização</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
--	---	--	---