

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 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 Adicionais 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 Autorizada \_\_\_\_\_ 41 - Tipo da Acomodação Autorizada \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado \_\_\_\_\_ 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado \_\_\_\_\_ 44 - Código CNES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

28 - Data da Solicitação \_\_\_\_\_ 47 - Assinatura do Profissional Solicitante \_\_\_\_\_ 48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável \_\_\_\_\_ 49 - Assinatura do Responsável pela Autorização \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_