

1 - Registro ANS
ANS - nº 42268-1

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**
 C888C

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 (Opcional) **30 - CID 10 (2) (Opcional)** **31 - CID 10 (3) (Opcional)** **32 - CID 10 (4) (Opcional)** **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 de 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**