

1 - Registro ANS 339601		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN		
10 - Nome				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante						
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		13 - Nome do Contratado				
14 - Nome do Profissional Solicitante			15 - Conselho Profissional	16 - Número do Conselho	17 - UF	
18 - Código CBO S						
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado			21 - Data sugerida para Internação _ _ / _ _ / _ _ _ _	
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime da internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME _	27 - Previsão de uso de Quimioterápico _	
28 - Indicação Clínica						
Hipóteses Diagnósticas						
29 - CID10 Principal	30 - CID10 (2)	31 - CID10 (3)	32 - CID10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		
Procedimentos Solicitados						
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição			37 - Qt. Solic.	38 - Qt. Autoriz.
1- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____			_ _ _	_ _ _
2- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____			_ _ _	_ _ _
3- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____			_ _ _	_ _ _
4- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____			_ _ _	_ _ _
5- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____			_ _ _	_ _ _
6- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____			_ _ _	_ _ _
7- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____			_ _ _	_ _ _
8- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____			_ _ _	_ _ _
9- _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_____			_ _ _	_ _ _
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		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado			44 - Código CNES	
45 - Observação						
46 - Data da Solicitação _ _ / _ _ / _ _ _ _		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	