

| | | | | |
|--|---|--------------------|--|---|
| 1 - Registro ANS ANS-nº34665-9 | 3 - Data da Autorização ____/____/____ | 4 - Senha _____ | 5 - Data Validade da Senha ____/____/____ | 6 - Data de Emissão da Guia ____/____/____ |
|--|---|--------------------|--|---|

DADOS DO BENEFICIÁRIO

| | | |
|---------------------------------|--------------------|--|
| 7 - Número da Carteira _____ | 8 - Plano _____ | 9 - Validade da Carteira ____/____/____ |
| 10 - Nome _____ | | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde _____ |

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

| | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| 12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF _____ | 13 - Nome do Contratado _____ | 14 - Código CNES _____ |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante _____ | 16 - Conselho Profissional _____ | 17 - Número no Conselho _____ |
| 18 - UF _____ | 19 - Código CBO S _____ | |

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

| | |
|--|---|
| 20 - Código na Operadora / CNPJ _____ | 21 - Nome do Prestador _____ |
| 22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência | 23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirurgia <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica |
| 24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____ |
| 26 - Indicação Clínica _____ _____ _____ | |

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

| | | | |
|---|--|---|--------------------------|
| 27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica | 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ A - Anos M - Meses D - Dias | 29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros | |
| 30 - CID 10 Principal _____ | 31 - CID 10 (2) _____ | 32 - CID 10 (3) _____ | 33 - CID 10 (4) _____ |

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

| 34 - Tabela | 35 - Código do Procedimento | 36 - Descrição | 37 - Qtde. Solicit | 38 - Qtde. Aut |
|-------------|-----------------------------|----------------|--------------------|----------------|
| 1- _____ | _____ | _____ | ____ | ____ |
| 2- _____ | _____ | _____ | ____ | ____ |
| 3- _____ | _____ | _____ | ____ | ____ |
| 4- _____ | _____ | _____ | ____ | ____ |
| 5- _____ | _____ | _____ | ____ | ____ |

OPM SOLICITADOS

| 39 - Tabela | 40 - Código do OPM | 41 - Descrição OPM | 42 - Qtde. | 43 - Fabricante | 44 - Valor Unitário R\$ |
|-------------|--------------------|--------------------|------------|-----------------|-------------------------|
| 1- _____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |
| 2- _____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |
| 3- _____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |
| 4- _____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |
| 5- _____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

| | | |
|--|---|--|
| 45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____ | 46 - Qtde. Diárias Autorizadas _____ | 47 - Tipo da Acomodação Autorizada _____ |
| 48 - Código na Operadora / CNPJ _____ | 49 - Nome do Prestador autorizado _____ | 50 - Código CNES _____ |
| 51 - Observação _____ _____ _____ | | |
| 52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____ | 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____ | 54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____ |

INSTRUÇÃO

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório.

PRORROGAÇÕES

| | | | | | |
|----------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------|----------------|-------------------------|
| 55- Data | 56-Senha | 57-Responsável pela Autorização | | | |
| ____/____/____ | _____ | _____ | | | |
| 58-Tipo Acomod | 59-Acomodação | 60- Qtde. Autorizada | | | |
| ____ | _____ | ____ | | | |
| 61-Tabela | 62 - Código do Procedimento | 63 - Descrição | 64 - Qtde. solíc. | 65 - Qtde. Aut | |
| ____ | _____ | _____ | ____ | ____ | |
| ____ | _____ | _____ | ____ | ____ | |
| 66-Tabela | 67-Código do OPM | 68-Descrição OPM | 69-Qtde. | 70-Fabricante | 71 - Valor Unitário R\$ |
| ____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |
| ____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |

| | | | | | |
|----------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------|----------------|-------------------------|
| 55- Data | 56-Senha | 57-Responsável pela Autorização | | | |
| ____/____/____ | _____ | _____ | | | |
| 58-Tipo Acomod | 59-Acomodação | 60- Qtde. Autorizada | | | |
| ____ | _____ | ____ | | | |
| 61-Tabela | 62 - Código do Procedimento | 63 - Descrição | 64 - Qtde. solíc. | 65 - Qtde. Aut | |
| ____ | _____ | _____ | ____ | ____ | |
| ____ | _____ | _____ | ____ | ____ | |
| 66-Tabela | 67-Código do OPM | 68-Descrição OPM | 69-Qtde. | 70-Fabricante | 71 - Valor Unitário R\$ |
| ____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |
| ____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |

| | | | | | |
|----------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------|----------------|-------------------------|
| 55- Data | 56-Senha | 57-Responsável pela Autorização | | | |
| ____/____/____ | _____ | _____ | | | |
| 58-Tipo Acomod | 59-Acomodação | 60- Qtde. Autorizada | | | |
| ____ | _____ | ____ | | | |
| 61-Tabela | 62 - Código do Procedimento | 63 - Descrição | 64 - Qtde. solíc. | 65 - Qtde. Aut | |
| ____ | _____ | _____ | ____ | ____ | |
| ____ | _____ | _____ | ____ | ____ | |
| 66-Tabela | 67-Código do OPM | 68-Descrição OPM | 69-Qtde. | 70-Fabricante | 71 - Valor Unitário R\$ |
| ____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |
| ____ | _____ | _____ | ____ | _____ | _____ |

INSTRUÇÃO

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório.