

2-Nº

1-Registro ANS	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 do Conselho	18-UF	19-Código CBOS
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------	-------	----------------

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação	
20-Código na Operadora / CNPJ	21-Nome do Prestador

22-Caráter da Internação	23-Tipo de Internação
E - Eletiva U - Urgência / Emergência	1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica

24-Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar	

26-Indicação Clínica

Hipóteses Diagnósticas		
27-Tipo Doença	28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente	29-Indicação de Acidente
A - Aguda C - Crônica	A-Anos M-Meses D-Dias	0-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outros

30-CID 10 Principal	31-CID 10 (2)	32-CID 10 (3)	33-CID 10 (4)
---------------------	---------------	---------------	---------------

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

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

Dados da Autorização		
45-Data Provável da Admissão Hospitalar	46-Qtde. Diárias Autorizadas	47-Tipo de Acomodação Autorizada

48-Código na Operadora / CNPJ	49-Nome do Prestador autorizado	50-Código CNES
-------------------------------	---------------------------------	----------------

51-Observação			
---------------	--	--	--

52-Médico Solicitante	53-Beneficiário ou Responsável	54-Responsável pela Autorização
Data Assinatura	Data Assinatura	Data Assinatura

Prorrogações

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