



1- Registro ANS ANS - nº 333689	3- Data de 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- Nº no Conselho
18- UF	19- Cód. CBO-S	

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20- Código na Operadora / CNPJ	21- Nome do Prestador
22- Caráter da Internação E -Eletiva U -Urgência/Emergência	23- Tipo de Internação 1 -Clínica 2 -Cirúrgica 3 -Obstétrica 4 -Pediátrica 5 -Psiquiátrica
24- Regime de Internação 1 -Hospitalar 2 -Hospital-Dia 3 -Domiciliar	25- Quantidade de Diárias Solicitadas
26- Indicação Clínica	

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27- Tipo de Doença A -Aguda C -Crônica	28- Tempo de Doença Referida pelo Paciente A -Anos M -Meses D -Dias	29- Indicação de Acidente 0 -Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 -Trânsito 2 -Outros
30- CID 10 Principal	31- CID 10 (2)	32- CID 10 (3)
		33- CID 10 (4)

EXAMES SOLICITADOS

34- Tabela	35- Código do Procedimento	36- Descrição	37- Qtde. Solic.	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- Quantidade de Diárias Autorizadas	47- Tipo de Acomodação Autorizada
48- Código na Operadora / CNPJ	49- Nome do Prestador Autorizado	50- Código CNES

51- Observações

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