

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>_____ | 3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>_____ |
|---------------------------|--|

|  |                    |  |
|--|--------------------|--|
| 4 - Data da Autorização<br>___/___/_____ | 5 - Senha<br>_____ | 6 - Data de Validade da Senha<br>___/___/_____ |
|--|--------------------|--|

**Dados do Beneficiário**

|                                 |   |                           |
|---------------------------------|---|---------------------------|
| 7 - Número da Carteira<br>_____ | 8 - Validade da Carteira<br>___/___/_____ | 9-Atendimento a RN<br>___ |
|---------------------------------|---|---------------------------|

|                    |  |
|--------------------|--|
| 10 - Nome<br>_____ | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>_____ |
|--------------------|--|

**Dados do Contratado Solicitante**

|                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 12 - Código na Operadora<br>_____ | 13 - Nome do Contratado<br>_____ |
|-----------------------------------|----------------------------------|

|  |                                     |                                  |                |                          |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|----------------|--------------------------|
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br>_____ | 15 - Conselho Profissional<br>_____ | 16 - Número no Conselho<br>_____ | 17 - UF<br>___ | 18 - Código CBO<br>_____ |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|----------------|--------------------------|

**Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação**

|  |   |   |
|--|---|---|
| 19 - Código na Operadora / CNPJ<br>_____ | 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado<br>_____ | 21 - Data sugerida para internação<br>___/___/_____ |
|--|---|---|

|                                    |                              |                                  |  |                                     |   |
|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| 22 - Caráter do Atendimento<br>___ | 23-Tipo de Internação<br>___ | 24 - Regime de Internação<br>___ | 25 - Qtde. Diárias Solicitadas<br>____ | 26 - Previsão de uso de OPME<br>___ | 27 - Previsão de uso de quimioterápico<br>___ |
|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|---|

28 - Indicação Clínica

|                              |                          |                          |                          |  |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 29-CID 10 Principal<br>_____ | 30 - CID 10 (2)<br>_____ | 31 - CID 10 (3)<br>_____ | 32 - CID 10 (4)<br>_____ | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>_____ |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|

**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<br>___/___/_____ | 40 - Qtde. Diárias Autorizadas<br>____ | 41 - Tipo da Acomodação Autorizada<br>___ |
|--|--|---|

|   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| 42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado<br>_____ | 43 - Nome do Hospital / Local Autorizado<br>_____ | 44 - Código CNES<br>_____ |
|---|---|---------------------------|

45 - Observação / Justificativa

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 46-Data da Solicitação<br>___/___/_____ | 47-Assinatura do Profissional Solicitante<br>_____ | 48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>_____ | 49-Assinatura do Responsável pela Autorização<br>_____ |
|---|--|---|--|