

1 - Registro ANS 38.718-5	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 Único - Apartamento
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 ☐ 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 - Qtde. Diárias Solicitadas ____
26 - Indicação Clínica ____ ____ ____	

Hipóteses Diagnósticas			
27 - Tipo 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 relacionada ao Trabalho ☐ 1 - Trânsito ☐ 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. 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 - 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 ____/____/____
--	---	--

[illegible]

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.Solic				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.Solic	65 - Qtde. Aut.
____	_____	_____					____	____
____	_____	_____					____	____
66-Tabela	67-Código do OPM	68-Descrição OPM	69-Qtde.	70-Fabricante	71 - Valor Unitário R\$			
____	_____	_____	____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
____	_____	_____	____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			