

1. Registro ANS 41850-1	3. Número da Guia atribuído pela operadora
----------------------------	--

4. Data da Autorização	5. Senha	6 Validade da Senha
------------------------	----------	---------------------

Dados do beneficiário

7. N° da Carteira	8. Validade da Carteira	9. Atendimento a RN
-------------------	-------------------------	---------------------

10. Nome	11. Cartão Nacional de Saúde
----------	------------------------------

Dados do solicitante

12. Código na Operadora	13. Nome do contratado
-------------------------	------------------------

14. Nome do Profissional Solicitante	15. Conselho Profissional	16. Número no Conselho	17. UF	18. Código CBO
--------------------------------------	---------------------------	------------------------	--------	----------------

Dados do hospital / Local solicitado / Dados da Internação

19. Código na operadora / CNPJ	20. Nome do Hospital / Local solicitado	21. Data sugerida p internação
--------------------------------	---	--------------------------------

22. Caráter do Atendimento <input type="checkbox"/>	23. Tipo Internação <input type="checkbox"/>	24. Regime Internação <input type="checkbox"/>	25. Qtnd diárias solicitadas	26. Previsão de uso de OPME <input type="checkbox"/>	27. Previsão de Quimioterapia <input type="checkbox"/>
--	---	---	------------------------------	---	---

28. Indicação clínica

29. CID 10 Principal (Opcional)	30. CID 10 (2) (Opcional)	31. CID 10 (3) (Opcional)	32. CID 10 (4) (Opcional)	33. Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada) <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	--

Procedimentos solicitados

34. Tabela	35. Código do procedimento	36. Descrição	37. Qtde. Solic.	38. Qtde. Autor.
1-	---	_____	_____	_____
2-	---	_____	_____	_____
3-	---	_____	_____	_____
4-	---	_____	_____	_____
5-	---	_____	_____	_____
6-	---	_____	_____	_____
7-	---	_____	_____	_____
8-	---	_____	_____	_____
9-	---	_____	_____	_____
10-	---	_____	_____	_____
11-	---	_____	_____	_____
12-	---	_____	_____	_____

Dados da autorização

39. Data provável da admissão hospitalar	40. Qtde diárias autorizadas	41. Tipo de acomodação autorizada
--	------------------------------	-----------------------------------

42. Código na operadora/CNPJ	43. Nome do hospital / Local autorizados	44. Código CNES
------------------------------	--	-----------------

45. Observação

46. Data da solicitação	47. Assinatura do profissional Solicitante	48. Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49. Assinatura do responsável pela Autorização
-------------------------	--	---	--