

Preenchimento obrigatório
 Preenchimento facultativo

1. registro ANS 34.480-0	3. Data da autorização ____/____/____	4. Senha	5. Data validade da senha ____/____/____	6. Data 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 da 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 CBO S			

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	20. Código da operadora - CNPJ / CPF _____	21. Nome do prestador
22. Caráter da solicitação <input type="checkbox"/> E - eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência / Emergência	23. Tipo de internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica	24. Regime de internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar
25. Qtde diárias solicitadas _____		

26. Indicação clínica

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	27. Tipo doença <input type="checkbox"/> A - aguda <input type="checkbox"/> C - crônica	28. Tempo de doença referida pelo paciente ____ - ____ A - anos M - meses D - dias	29. Indicação de acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1. Trânsito <input type="checkbox"/> 2. Outros
30. CID 10 - Principal _____	31. CID 10 (2) _____	32. CID 10 (3) _____	33. CID 10 (4) _____

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
34. Tabela 1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____	35. Código do procedimento _____ _____ _____ _____ _____	36. Descrição _____ _____ _____ _____	37. Qtd. sol. _____ _____ _____ _____ _____
			38. Qtd. aut. _____ _____ _____ _____ _____

OPM SOLICITADOS			
39. Tabela 1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____	40. Código do OPM _____ _____ _____ _____ _____	41. Descrição OPM _____ _____ _____ _____	42. Qtd _____ _____ _____ _____
		43. Fabricante	44. Valor unitário R\$ _____, ____ _____, ____ _____, ____ _____, ____

DADOS DA AUTORIZAÇÃO	45 - Data provável da admissão hospitalar ____/____/____	46. Qtde diárias autorizadas _____	47. Tipo de acomodação autorizada _____
48. Código da 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 ____/____/____
---	--	---