

Registro ANS	Data da Autorização	Senha	Data Validade da Senha	Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário				
Número da Carteira	Plano	Validade da Carteira		
Nome			Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante				
Código da Operadora / CNPJ	Nome do Contratado			Código CNES
Nome do Profissional Solicitante		Conselho Profissional	Número no Conselho	UF
Dados do Contratado Solicitado/ Dados da Internação				
Código da Operadora / CNPJ	Nome do Prestador			
Caráter da Internação ___ E - Eletiva U - Urgência/ Emergência	Tipo de Internação ___ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica			
Regime de Internação ___ 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	Qtde. Diárias Solicitadas			
Indicação Clínica				
Hipóteses Diagnósticas				
Tipo de Doença ___ A - Aguda C - Crônica		Tempo de Doença ___ A - Anos M - Meses D - Dias		Indicação de Acidente ___ 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
CID 10 Principal	CID 10 (2)	CID 10 (3)	CID 10 (4)	
Procedimentos Solicitados				
Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Qtde. Solic.	Qtde Aut.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
OPM Solicitados				
Tabela	Código do OPM	Descrição OPM	Qtde.	Fabricante
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
Dados da Autorização				
Data provável da Admissão Hospitalar	Qtde Diárias Autorizadas	Tipo de Acomodação Autorizadas		
Código da Operadora / CNPJ	Nome do Prestador Autorizado			Código CNES
Observação				
Data e Assinatura do Médico solicitante		Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		Data e Assinatura do Responsável pela Autorização