

Saúde



1-Registro ANS 00051-5	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	9-Val. da Carteira
10-Nome	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12-Código na Operadora / CNPJ / CPF 71291926000121	13-Nome do Contratado SANTACOOOP COOP DOS MED DA SANTA CASA	14-Código CNES
15-Nome do Profissional Executante	16-Conselho Profissional	17-Número do Conselho
18-UF	19-Código CBOS	

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-Clinica 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 de 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 Relacionado 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 de Procedimento	36-Descrição	37-Qtde. Solic.	38-Qtde. Aut.
1				
2				
3				
4				
5				

OPM SOLICITADOS

39-Tabela	40-Código OPM	41-Descrição	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 de 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

* Campos brancos preenchimento obrigatório

PRORROGAÇÕES

55-Data		56-Senha		57-Responsável pela Autorização		58-Tipo de Acomod.		59-Acomodação		60-Qtde. Autorizada	
61-Tabela		62-Código de Procedimento		63-Descrição				64-Qtde.Solict.		65-Qtde.Aut.	
66-Tabela		67-Código OPM		68-Descrição OPM		69-Qtde.70-Fabricante.		71-Valor Unitário - R\$			

55-Data		56-Senha		57-Responsável pela Autorização		58-Tipo de Acomod.		59-Acomodação		60-Qtde. Autorizada	
61-Tabela		62-Código de Procedimento		63-Descrição				64-Qtde.Solict.		65-Qtde.Aut.	
66-Tabela		67-Código OPM		68-Descrição OPM		69-Qtde.70-Fabricante.		71-Valor Unitário - R\$			

55-Data		56-Senha		57-Responsável pela Autorização		58-Tipo de Acomod.		59-Acomodação		60-Qtde. Autorizada	
61-Tabela		62-Código de Procedimento		63-Descrição				64-Qtde.Solict.		65-Qtde.Aut.	
66-Tabela		67-Código OPM		68-Descrição OPM		69-Qtde.70-Fabricante.		71-Valor Unitário - R\$			

* Campos brancos preenchimento obrigatório