

1 - Registro ANS ANS - n.º 31.212-6	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 - 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. Solicit	38 - Qtde. Aut
1- _____	_____	_____	____	____
2- _____	_____	_____	____	____
3- _____	_____	_____	____	____
4- _____	_____	_____	____	____
5- _____	_____	_____	____	____

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 ____/____/____

Prorrogações

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\$											

[illegible][illegible]

Considerações Importantes:

1. Esta guia deve ser utilizada para a solicitação, prorrogação e autorização de internação em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar e para a solicitação de OPM.
2. Em caso de solicitação de prorrogação é obrigatório o envio da guia completa (frente e verso), identificando no rodapé do verso o nome do paciente.
3. Para cada solicitação de prorrogação deverá ser utilizada uma guia completa (frente e verso)
4. O preenchimento da justificativa da prorrogação deve ser realizado no campo 26 (Indicação Clínica)
5. Os campos 15 e 29 são de preenchimento obrigatório quando aplicáveis. Os demais campos em branco são de preenchimento obrigatório.