

1 - Registro ANS

42263-1

3 - Número da Guia Atribuída pela Operadora

4 - Data da Autorização

____/____/____

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

____/____/____

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Validade da Carteira

____/____/____

9 - Atendimento da RN

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código do Contratado

13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho Profissional

16 - Número do Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados da Internação

19 - Código da Operadora / CNPJ

20 - Nome do Hospital / Local Solicitado

21 - Data Sigla para Internação

____/____/____

22 - Caracter do Atendimento

23 - Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas

26 - Previsão de uso de OPMET

27 - Previsão de uso de Quimioterapia

28 - Indicação Única

29 - CIU 10 Principal

30 - CIU 10 (2)

31 - CIU 10 (3)

32 - CIU 10 (4)

33 - Indicação de Acidente

Procedimentos Adicionais Solicitados

34 - Label	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01 -	____	____	____	____
02 -	____	____	____	____
03 -	____	____	____	____
04 -	____	____	____	____
05 -	____	____	____	____
06 -	____	____	____	____
07 -	____	____	____	____
08 -	____	____	____	____
09 -	____	____	____	____
10 -	____	____	____	____
11 -	____	____	____	____
12 -	____	____	____	____

Dados da Autorização

39 - Uti Privada da Administração Hospitalar

40 - Qtde. Uti's Autorizadas

41 - Tipo de Acomodação Autorizada

42 - Código da operadora

43 - Nome do Hospital / Local Autorizado

44 - Código CNEs

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação

____/____/____

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
