

1 - Registro ANS  
 3 - Número da Guia Atribuído 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 a RN

10 - Nome  
 11 - Cartão Nacional de Saúde

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora  
 13 - Nome do Contratado

14 - Nome do Profissional Solicitante  
 15 - Conselho Profissional  
 16 - Número no Conselho  
 17 - UF  
 18 - Código CBO

**Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ  
 20 - Nome do Hospital/Local Solicitado  
 21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento  
 23 - Tipo de Internação  
 24 - Regime de Internação  
 25 - Qtde. Diárias Solicitadas  
 26 - Previsão de uso de OPME  
 27 - Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal  
 30 - CID 10 (2)  
 31 - CID 10 (3)  
 32 - CID 10 (4)  
 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**

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

**Dados da Autorização**

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar  
 40 - Qtde. Diárias Autorizadas  
 41 - Tipo da Acomodação Autorizada

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado  
 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