

1 - Registro ANS

ANS - 30562-6

2 - Data da Autorização

____/____/____

4 - Senha

5 - Data Validade da Senha

____/____/____

6 - Data da 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 Contratante Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ

____-____-____-____-____-____-____-____-____-____

21 - Nome do Prestador

22 - Caráter da Internação

☐ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência

23 - Tipo da 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

____-____-____-____-____-____

30 - CID 10 (2)

____-____-____-____-____-____

32 - CID 10 (3)

____-____-____-____-____-____

33 - CID 10 (4)

____-____-____-____-____-____

Procedimento Solicitantes

34 - Tabela 35 - Código do Procedimento

1-____-____-____-____-____-____
2-____-____-____-____-____-____
3-____-____-____-____-____-____
4-____-____-____-____-____-____
5-____-____-____-____-____-____

36 - Descrição

37 - Qtde. Solicit. 38 - Qtde. Aut.

OPM Solicitantes

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 da 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 Aut.

62 - Código do Procedimento

63 - Descrição

64 - Qtde. Solic.

65 - Qtde.

____-____-____-____-____-____
____-____-____-____-____-____
____-____-____-____-____-____

66 - Tabela

67 - Código do OPM

68 - Descrição OPM

69 - Qtde.

70 - Fabricação

71 - Valor Unitário R\$

____-____-____-____-____-____	____	____	____	____,____
____-____-____-____-____-____	____	____	____	____,____