

2-Nº **5025672**

1-Registro ANS 005711	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 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-Hospitalar-dia 3-Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
---	------------------------------------

26-Indicação Clínica

Hipóteses Diagnósticas		
27-Tipo Doença 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					

OPM Solicitados					
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 de Acomodação Autorizada

48-Código na Operadora / CNPJ 	49-Nome do Prestador autorizado 	50-Código CNES
-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------

51-Observação 	
-------------------	--

52-Médico Solicitante Data Assinatura	53-Beneficiário ou Responsável Data Assinatura	54-Responsável pela Autorização Data Assinatura
--	---	--

