

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