

1- Registro ANS 41850-1	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 <input type="checkbox"/>	23- Tipo Internação <input type="checkbox"/>	24- Regime Internação <input type="checkbox"/>	25- Qtde. Diárias Solicitadas	26- Previsão de uso de OPME <input type="checkbox"/>	27- Previsão de uso de Quimioterapia <input type="checkbox"/>

28 - Indicação Clínica

29- CID 10 Principal (Opcional)	30- CID10 (2) (Opcional)	31- CID10 (3) (Opcional)	32- CID10 (4) (Opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

**Procedimentos Solicitados**

34- Tabela	35- Cód. do Procedimento	36- Descrição	37- Qtde Solicit.	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 de Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora/CNPJ	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES		

45 - Observação

46- Data da Solicitação	47- Assinatura do Profissional Solicitante	48- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49- Assinatura do Responsável pela Autorização
-------------------------	--	---	--