

1 - REGISTRO ANS 34.333 - 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 DA 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 DA 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 SOLICITADOS OU ITENS ASSISTENCIAIS SOLICITADOS

34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO OU ITEM ASSISTENCIAL	36 - DESCRIÇÃO	37 - Qtde Solic.	38 - Qtde. Aut.
1 -				
2 -				
3 -				
4 -				
5 -				
6 -				
7 -				
8 -				
9 -				
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
--------------------------	---	--	---