

Registro ANS	Data da Autorização	Senha	Data Validade da Senha	Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário					
Número da Carteira	Plano	Validade da Carteira	Número do Cartão Nacional de Saúde		
Nome Completo do Paciente			Data de Nascimento		
Dados do Contratado Solicitante					
Código da Operadora / CNPJ / CPF	Nome do Contratado			Código CNES	
Nome do Profissional Solicitante		Conselho Profissional	Número no Conselho	UF Código CBO S	
Dados do Contratado Solicitado/ Dados da Internação					
Código da Operadora / CNPJ	Nome do Prestador				
Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/ Emergência	Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica				
Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1- Hospitalar <input type="checkbox"/> 2-Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3-Domiciliar	Qtde. Diárias Solicitadas				
Indicação Clínica					
Hipóteses Diagnósticas					
Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A-Aguda <input type="checkbox"/> C-Crônica	Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A-Anos <input type="checkbox"/> M -Meses <input type="checkbox"/> D-Dias	Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0- Acidente ou doença relacionado ao trabalho <input type="checkbox"/> 1- Trânsito <input type="checkbox"/> 2- Outros			
CID 10 Principal	CID 10 (2)	CID 10 (3)	CID 10 (4)		
Procedimentos Solicitados					
Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Qtde. Solic.	Qtde Aut.	
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
OPM Solicitados					
Tabela	Código do OPM	Descrição OPM	Qtde.	Fabricante	Valor Unitário
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
Dados da Autorização					
Data provável da Admissão Hospitalar	Qtde Diárias Autorizadas	Tipo de Acomodação Autorizadas			
Código da Operadora / CNPJ	Nome do Prestador Autorizado			Código CNES	
Observação					
Data e Assinatura do Médico solicitante		Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	