

1 - Registro ANS 41490-5	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 no Conselho
	18 - UF	19 - Código CBO S

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 - Clínica ☐ 2 - Cirúrgica ☐ 3 - Obstétrica ☐ 4 - Pediátrica ☐ 5 - Psiquiátrica
---	--

24 - Regime de Internação ☐ 1 - Hospitalar ☐ 2 - Hospital-dia ☐ 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas _ _ _ _
--	---

26 - Indicação Clínica

Hipóteses Diagnósticas

27-Tipo Doença ☐ A - 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 da Acomodação Autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	49 - Nome do Prestador Autorizado	50 - Código CNES

51 - Observação

52-Data e Assinatura do Médico Solicitante _/_/____/____/____	53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _/_/____/____/____	54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _/_/____/____/____
--	---	--

ORIENTAÇÕES AO PRESTADOR:

1- Os campos **NÃO HACHURADOS** (não sombreados) são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

A ausência de informação nesses campos poderá implicar o não pagamento da guia e/ou devolução para regularização;

2- A solicitação de revisão glosas é de até 60 (sessenta) dias após a data do pagamento. Acima deste prazo, as glosas serão consideradas aceitas pelo credenciado.