

Número da Guia Atribuído pela Operadora	Data da Autorização	Senha	Data de Validade da Senha
---	---------------------	-------	---------------------------

Dados do Beneficiário			
Número da Carteira	Validade da Carteira	Atendimento a RN	
Nome			Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante					
Código na Operadora	Nome do Contratado				
Nome do Profissional Solicitante	Conselho Profissional	Número do Conselho	UF	Código CBO	

Dados do Hospital/ Local Solicitado/ Dados da Internação					
Código na Operadora / CNPJ	Nome do Hospital/ Local Solicitado			Data sugerida para Internação	
Caráter do Atendimento	Tipo de Internação	Regime de Internação	Qtde. de Diárias Solicitadas	Previsão de uso de OPME	Previsão uso Quimioterápicos

Indicação Clínica

CID 10 Principal (Opcional)	CID 10 (2) (Opcional)	CID 10 (3) (Opcional)	CID 10 (4) (Opcional)	Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
-----------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
Tabela	Código do Procedimento ou Item Assistencial	Descrição	Qtde. Solicitada	Qtde. Autorizada	
01 -					
02 -					
03 -					
04 -					
05 -					
06 -					
07 -					

Dados da Autorização			
Data Provável da Admissão Hospitalar	Qtde. Diárias Autorizadas	Tipo de Acomodação Autorizada	
Código na Operadora / CNPJ autorizado	Nome do Hospital / Local Autorizado	Código CNES	

Observação / Justificativa

Data da Solicitação	Assinatura do Profissional Solicitante	Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Assinatura do Responsável pela Autorização
---------------------	--	---	--