

1 - Registro ANS <input type="text" value="4 2 0 0 7 7"/>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input type="text" value=""/>
---	---

4 - Data da Autorização <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	5 - Senha <input type="text" value=""/>	6 - Data de Validade da Senha <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>
---	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <input type="text" value=""/>	8 - Validade da Carteira <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	9-Atendimento a RN <input type="text" value=""/>
10 - Nome <input type="text" value=""/>	11 - Cartão Nacional de Saúde <input type="text" value=""/>	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <input type="text" value=""/>	13 - Nome do Contratado <input type="text" value=""/>			
14 - Nome do Profissional Solicitante <input type="text" value=""/>	15 - Conselho Profissional <input type="text" value=""/>	16 - Número no Conselho <input type="text" value=""/>	17 - UF <input type="text" value=""/>	18 - Código CBO <input type="text" value=""/>

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19- Código na Operadora / CNPJ <input type="text" value=""/>	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <input type="text" value=""/>	21 - Data sugerida para internação <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>			
22 - Caráter do Atendimento <input type="text" value=""/>	23-Tipo de Internação <input type="text" value=""/>	24 - Regime de Internação <input type="text" value=""/>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input type="text" value=""/>	26 - Previsão de uso de OPME <input type="text" value=""/>	27 - Previsão de uso de quimioterápico <input type="text" value=""/>

28 - Indicação Clínica

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

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

	34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
02-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
03-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
04-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
05-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
06-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
07-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
08-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
09-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
10-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
11-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
12-	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar <input type="text" value=""/>	40 - Qtde. Diarias Autorizadas <input type="text" value=""/>	41 - Tipo da Acomodação Autorizada <input type="text" value=""/>
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <input type="text" value=""/>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <input type="text" value=""/>	44 - Código CNES <input type="text" value=""/>

45 - Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	47-Assinatura do Profissional Solicitante <input type="text" value=""/>	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input type="text" value=""/>	49-Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text" value=""/>
--	---	--	---