

1 - Registro ANS		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 Social					
10 - Nome					
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 na 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 de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
28 - Indicação Clínica					
29 - CID 10 Principal (Opcional)	30 - CID 10 (2) (Opcional)	31 - CID 10 (3) (Opcional)	32 - CID 10 (4) (Opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
Dados da Autorização					
39 - Data Provável de Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas		41 - Tipo de 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