

1 - Registro ANS <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text" value="419133"/>	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
--	--

4 - Data da Autorização <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	5 - Senha <input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	6 - Data de Validade da Senha <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
--	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	8 - Validade da Carteira <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	9 - Atendimento a RN <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
---	---	---

50 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	13 - Nome do Contratado <input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
---	--

14 - Nome do Profissional Solicitante <input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	15 - Conselho Profissional <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	16 - Número no Conselho <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	17 - UF <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	18 - Código CBO <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
--	---	--	--	--

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	21 - Data sugerida para internação <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
--	---	---

22 - Caráter do Atendimento <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	23 - Tipo de Internação <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	24 - Regime de Internação <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	26 - Previsão de uso de OPME <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	27 - Previsão de uso de quimioterápico <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
--	--	--	---	---	---

28 - Indicação Clínica

29 - CID 10 Principal (Opcional) <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	30 - CID 10 (2) (Opcional) <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	31 - CID 10 (3) (Opcional) <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	32 - CID 10 (4) (Opcional) <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
---	---	---	---	--

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
02-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
03-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
04-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
05-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
06-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
07-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
08-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
09-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
10-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
11-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
12-	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	40 - Qtde. Diárias Autorizadas <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	41 - Tipo da Acomodação Autorizada <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
--	---	---

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <input style="width: 98%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	44 - Código CNES <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
---	---	---

45 - Observação / Justificativa

46 - Data da Solicitação <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	47 - Assinatura do Profissional Solicitante <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>
---	--	---	--