

1 - Registro ANS <b>354571</b>	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 <b>AMS</b>
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  
\_\_\_\_

23 - Tipo de Internação  
\_\_\_\_

24 - Regime de Internação  
\_\_\_\_

25 - Qtd. Diárias Solicitadas  
\_\_\_\_

26 - Indicação Clínica  
\_\_\_\_

27 - Tipo Doença  
\_\_\_\_

28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente  
\_\_\_\_

29 - Indicação de Acidente  
\_\_\_\_

30 - CID 10 Principal  
\_\_\_\_

31 - CID 10 (2)  
\_\_\_\_

32 - CID 10 (3)  
\_\_\_\_

33 - CID (4)  
\_\_\_\_

**Procedimentos Solicitados**

34 - Tabela  
\_\_\_\_

35 - Código do Procedimento  
\_\_\_\_

36 - Descrição  
\_\_\_\_

37 - Qtd. Solicit.  
\_\_\_\_

38 - Qtd. Aut.  
\_\_\_\_

**OPM Solicitados**

39 - Tabela  
\_\_\_\_

40 - Código do OPM  
\_\_\_\_

41 - Descrição OPM  
\_\_\_\_

42 - Qtd.  
\_\_\_\_

43 - Fabricante  
\_\_\_\_

44 - Valor Unitário R\$  
\_\_\_\_

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar  
\_\_\_\_

46 - Qtd. 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  
\_\_\_\_

**PETROBRAS DISTRIBUIDORA**

