

1 - Registro ANS 410047	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade de Senha

Dados do Beneficiário		
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento a RN (Sim ou Não)
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde

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 do Local Solicitado	20 - Nome Hospital / Local Solicitado			21 - Data sugerida para internação	
22 - Caráter de 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)	29 - 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.	

Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo da Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorização	43 - Nome do Hospital / Local Autorização		44 - Código CNES
23 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização