GUIA DE SOLICITAÇÃO Caberj Integral Saúde Una representação			
1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Atribuío	do pela Operadora		
4 - Data de Autorização 5 - Senha 1 - Data de Validade da Senha			
Dados do Benefeciário			
7 - Número da Carteira 8 - Validade da Carteira 9 - Atendimento de RN			
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora 13 - Nome do Contratado			
12 * Conigo na Operadora			
14 - Nome do Profissional Solicitante 15 - Conselho Profissional 16 - Número do Conselho 17 - UF 18- Código CBO 11 - UF 18- Código CBO 18- Código			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados de Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ 20 - Nome do Hospital / Local Solicitado 21 - Data sugerida para internação			
22- Caráter de Atendimento 23-Tipo de Internação 24 - Regim	e de Internação 25-Qtde. Diárias Solicitadas	26-Previsão de uso de OPME	27-Previsão de uso de quimioterápico
29 - CID 10 principal 30 - CID 10 (2) 31 - CII	D 10 (3) 32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (ac	idente ou doença relacionada)
Procedimentos solicitados			
34 - Tabela 35- Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut			
01-			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 40 - Qtde. Diárias Autorizadas 41 - Tipo da 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 Profiss	sional Solicitante 48 - Assinatura do Benefeci	iário ou Responsável 49 - Assi	natura do Responsável pela Autorização