

Dados do Beneficiário / Paciente

7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Validade da Carteira
10 - Nome completo João Paulo da Silva	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 / CPF		21 - Nome do Prestador	
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		23 - Tipo de internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica	

24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas
<div> <div>4</div> <div>1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar</div> </div>	01
<div>26 - Indicação Clínica</div> <div> <div>Fratura pto. tibial</div> <div>ⓔ - limitação de movimento</div> <div>0-30°</div> </div>	

Hipótese Diagnóstica

27 - Tipo de Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda C - Crônica		28 - Tempo de Doença <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> A - Anos M - Meses D - Dias		29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	
30 - CID Principal	31 - CID (2)	32 - CID (3)	33 - CID (4)		

Procedimientos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
1- _____	_____	Atividade base	1	_____
2- _____	_____	Impulsão Atividade	1	_____
3- _____	_____	Taxa de voto	1	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor unitário
1- _____	_____	_____	_____	_____	_____
2- _____	_____	limão de Shave	1	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____	_____	_____

Dados da Autorização

45 - Data Provável de Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de acomodação autorizada
48 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	49 - Nome do Prestador Autorizado	
		50 - Código CNES

51 - Observações

Guilherme J. M. P.

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _____ 53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

____/____/____ CRM-PR 30165 / SPOT 14510

____/____/____