

Dados do Beneficiário

50 - Nome Social10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Conselho
Profissional

16 - Número no Conselho17 - UF18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação

22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas26 – Previsão de uso de OPME27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

Dados da Autorização

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES45 – Observação / Justificativa46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização