

6 – Data de Validade da Senha

9-Atendimento a RN

10 - Nome

13 - Nome do Contratado

17 - UF18 - Código CBO

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Internação25 - Qtde. Diárias Solicitadas26 – Previsão de uso de OPME

27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

fronte di nodo

29-CID 10 Principal (Opcional)30 - CID 10 (2) (Opcional)31 - CID 10 (3) (Opcional)32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou	36 - Descrição
-----------	--------------------------------	----------------

37 - Qtde Solic 38 - Qtde Aut

01-	30/2009/S	to just authors		
02-				
03-				
04-				
05-		place bloqueado salas		
06-				
07-		titulos DUR		
08-				
09-		passos bloqueos titon		
10-				
11-		passos critical titon		
12-				

Dados da Autorização

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar40 - Qtde. Diarias Autorizadas41 - Tipo da Acomodação Autorizada42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR: 21679

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização