

[illegible]

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	9-Atendimento a RN
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora										13 - Nome do Contratado														
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>														
14 - Nome do Profissional Solicitante										15 - Conselho Profissional					16 - Número no Conselho					17 - UF		18 - Código O		
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>					<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>					<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		

Dados do Hospital /Local Solicitado / Dados da Internação	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

19- Código na Operadora / CNPJ [] [] [] [] [] [] [] [] [] []			20 - Nome do Hospital/Local Solicitado HEC			21 - Data sugerida para internar [] [] / [] [] / [] []		
22 - Caráter do Atendimento E	23-Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação H	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	26 – Previsão de uso de OPME S	27 – Previsão de uso de quimio [] []			

28 - Indicação Clínica

Restaurar nervos radial + C5-C6 paralisia

João (E)

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)
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Au
01-		Registo de visita	1	
02-		Cardiologista	1	
03-		Taxa de video	1	
04-				
05-				
06-				
07-				
08-				
09-				
10-		Lâmina de Shaver		
11-				
12-				

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	40 - Qtde. Diárias Autorizadas <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	41 - Tipo da Acomodação Autorizada <div> <div></div> <div></div> </div>
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Profissional Solicitante Guilherme J. de A. S. Neto Ortopedia e Traumatologia	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Avaliação
------------------------	--	--	---