

6 – Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

9-Atendimento a RN

50 - Nome Social

10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

13 - Nome do Contratado14 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Código CBO

Dados do Hospital /Local Solicitante: _____ Dados da Internação: _____

19- Código na Operadora / CNP

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado

21 - Data sugerida para internação

22 - Caráter do Atendimento

23-Tipo de Internação

24 - Regime de Internação

25 - Qtde. Diárias Solicitadas:

26 Provisão de uso de CSNY

27 – Previsão de uso de quimioterápico

28 - Indicação Clínica

dores e deformidades do Hálux (E)
crônicas

29-CID 10 Principal (Opcional)

30 - CID 10 (2) (Opcional)

31 - CID 10 (3) (Optional)

32 - CID 10 (4) (Opcional)

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
<p>1. Exame físico completo</p> <p>2. Exame de sangue (hemograma, glicemia, colesterol, triglicerídeos)</p> <p>3. Exame de urina (urinalise)</p> <p>4. Exame de fezes (coprocultura)</p> <p>5. Exame de imagem (ultrassom abdominal)</p> <p>6. Exame de imagem (radiografia de tórax)</p> <p>7. Exame de imagem (tomografia computadorizada)</p> <p>8. Exame de imagem (ressonância magnética)</p> <p>9. Exame de imagem (PET-CT)</p> <p>10. Exame de imagem (angiografia)</p> <p>11. Exame de imagem (ecografia)</p> <p>12. Exame de imagem (cintilografia)</p> <p>13. Exame de imagem (cintilografia)</p> <p>14. Exame de imagem (cintilografia)</p> <p>15. Exame de imagem (cintilografia)</p> <p>16. Exame de imagem (cintilografia)</p> <p>17. Exame de imagem (cintilografia)</p> <p>18. Exame de imagem (cintilografia)</p> <p>19. Exame de imagem (cintilografia)</p> <p>20. Exame de imagem (cintilografia)</p>

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- <input type="checkbox"/>	3072 9181	Tto. Hálux Galze Nudo	01	<input type="checkbox"/>
02- <input type="checkbox"/>	3072 9203	Ortopedia Galze	001	<input type="checkbox"/>
03- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
04- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
05- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
06- <input type="checkbox"/>		Parafuso Cones Titmes	02	<input type="checkbox"/>
07- <input type="checkbox"/>		miro zero		<input type="checkbox"/>
08- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
09- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar

40 - Qtde. Diarias 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 Profissional/Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização