

PEDIDO DE INTERNAÇÃO

DADOS DO BENEFICIÁRIO

01 - Nome do Paciente			02 - Número da Carteira		
03-IDADE	04-SEXO () MASC. () FEM.	05-SITUAÇÃO () Titular/pensionista () Dependente	06-Endereço do paciente (RUA/CIDADE-UF/CEP)		FONE:
07- Nome do Titular			08 - Plano		

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

09- Código na Operadora / CNPJ / CPF		10 - Nome do Contratado	
11 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência		12-Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica	
13 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar		14 - Qtde. Diárias Solicitadas <input type="text"/>	
15 - Tipo de Acomodação () Apartamento () Enfermaria () UTI () Day-Clinic		16 - Indicação Clínica	
17 - Hipóteses Diagnósticas		18 - CID 10 Principal	

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

19-Tabela	20 - Código do Procedimento	21 - Descrição	22 - Qtde. Solic	23 - Qtde. Aut
1-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

27 -Nome do Médico Solicitante	28-Conselho/ UF	29-Data	Carimbo/Assinatura do Médico Solicitante
		<input type="text"/>	

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

30 -SENHA/AUTORIZAÇÃO	31 - Tipo da Acomodação Autorizada	32 - Qtde. Diárias Autorizadas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
33 - Observação	34-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
	<input type="text"/>	