

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 _____	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. Solicit	23 - Qtde. Aut
1-	_____	_____	_____	_____
2-	_____	_____	_____	_____
3-	_____	_____	_____	_____
4-	_____	_____	_____	_____
5-	_____	_____	_____	_____

27 -Nome do Médico Solicitante	28-Conselho/ UF	29-Data ____/____/____	Carimbo/Assinatura do Médico Solicitante
---------------------------------------	------------------------	----------------------------------	---

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

30 -SENHA/AUTORIZAÇÃO	31 - Tipo da Acomodação Autorizada	32 - Qtde. Diárias Autorizadas
33 - Observação	34-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização ____/____/____	