

	<b>AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR OU PRORROGAÇÃO</b>				DATA DO PEDIDO	
					/ /20	
OPERADORA			ESTIPULANTE			
<b>MT SAÚDE</b>						
<b>DADOS DO PACIENTE (USUÁRIO OU BENEFICIÁRIO)</b>						
NOME DO USUÁRIO			CÓDIGO DO USUÁRIO			
PLANO DO BENEFICIÁRIO		DT NASCIMENTO	IDADE	SEXO DO BENEFICIÁRIO		
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
<b>DADOS DO SOLICITANTE E DO EXECUTOR</b>						
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE			CRM	UF	DDD	TELEFONE CONTATO
VINCULAÇÃO À OPERADORA		EMAIL DO SOLICITANTE		DDD	FAX DE CONTATO	
<input type="checkbox"/> Credenciado /Ref. <input type="checkbox"/> Livre Escolha / Particular <input type="checkbox"/> Vinculado ao Hospital						
NOME DO PRESTADOR EXECUTOR (CREDENCIADO/REFERENCIADO)			CNPJ DO PRESTADOR			
DDD	TELEFONE CONTATO	DDD	FAX DE CONTATO	EMAIL DO PRESTADOR / EXECUTOR (CREDENCIADO OU REFERENCIADO)		
<b>DETALHAMENTO DO PEDIDO / SENHA</b>						
TIPO DE SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO			SENHA ANTERIOR	DIAS JÁ LIBERADOS	DATA SENHA ANT.	
<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Prorrogação					/ /20	
TIPO DE INTERNAÇÃO			LOCAL DO ATENDIMENTO			
<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica			<input type="checkbox"/> Day hospital / Cir. ambulatorial <input type="checkbox"/> Internação			
DATA PROVÁVEL	HORA PROVÁVEL	DIAS SOLICITADOS	NATUREZA:		ACOMODAÇÃO	
/ /20			<input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência		<input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Enfermaria	
<b>DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PROPOSTO</b>						
DT DIAGNÓSTICO	CID-10	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		
/ /						
CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE.	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO				
TIPO DE DOENÇA		ACIDENTE PESSOAL		DT OCORRÊNCIA	ACIDENTE DE TRABALHO	DT OCORRÊNCIA
<input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Aguda		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		/ /20	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	/ /20
<b>JUSTIFICATIVA MÉDICA / OBSERVAÇÕES DA INTERNAÇÃO / PRORROGAÇÃO</b>						
				<b>USO EXCLUSIVO DO MT SAÚDE</b>		
ASSINATURA DO SOLICITANTE						
				DATA ANÁLISE		
				/ /20		

E