

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
_____	_____
4 - Data da Autorização	5 - Senha
____/____/____	_____
	6 - Data de Validade da Senha
	____/____/____

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9-Atendimento a RN
10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	
MARCOS ANTONIO P. DO CARVALHO		

DATA TO COMPLEMENT REPORT

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

14 - Nome do Profissional Solicitante MARCUS ✓ DA SILVA	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
--	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

1. The first group of people who are not allowed to enter the country are those who are on the "no-fly" list. This list is maintained by the Department of Homeland Security and includes individuals who are considered a threat to national security.

19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado		21 - Data sugerida para internação	
		HTEL		___/___/___	
22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtd. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
E	C	H	02	S	

28 - Indicação Clínica

Atrox Jell em


33 - CD 18 (Folha 1) (Ocupação)	34 - CD 18 (2) (Ocupação)	35 - CD 18 (3) (Ocupação)	36 - CD 18 (4) (Ocupação)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-	30.90.00.34	Membras phosbu total pedr	01	
02-				
03-				
04-				
05-				
06-		kut protac total	01	
07-		(S)		
08-				
09-				
10-		Cement	02	
11-				
12-				

Derivation of the Antiderivative

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

45 - Overhead / 1000000

46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Profissional Solicitante	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>			

Dr. Marcus V. Danielli
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM/PR 18.734