

Dados do Beneficiário

50 - Nome Social10 - Nome

Dados do Contratado Solicitante

14 - Nome do Profissional SolicitanteCRM 23.538

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho17 - UF18 - Código CBO

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação

20 - Nome do Hospital/Local Solicitado521 - Data sugerida para internação

28 - Indicação Clínica

C**Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados**39 - Data Provável da Admissão Hospitalar40 - Qtde. Diarias Autorizadas41 - Tipo da Acomodação Autorizada42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado43 - Nome do Hospital / Local Autorizado44 - Código CNES45 – Observação / Justificativa46-Data da Solicitação

47-Assinatura do Profissional Solicitante

48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49-Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.538