

[illegible]

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira	9-Atendimento a RN

10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
MARCUS CUSTINHO COSTA E SILVA BERNARDINI	

SECRET

12 - Código na Operadora	13 - Nome do Contratado
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

14 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO V. [assinatura]	15 - Conselho Profissional	16 - Número no Conselho	17 - UF	18 - Código CBO
--	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

19 - Código na Operadora / CNPJ	20 - Nome do Hospital/Local Solicitado HEL	21 - Data sugerida para internação ____/____/____
---------------------------------	---	--

22 - Caráter do Atendimento	23-Tipo de Internação	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
E	C	H	03	S	

28 - Indicação Clínica

Artrose Joelho ER

29 - CID 10 (Transtorno Alimentar)	30 - CID 10 (Depressão)	31 - CID 10 (Ansiedade)	32 - CID 10 (Alcoolismo)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

Development of New Analytical Software

34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- []	3026034	medicamentos total	01	[]
02- []		infusões	01	[]
03- []			[]	[]
04- []			[]	[]
05- []			[]	[]
06- []		kit material total	01	[]
07- []			[]	[]
08- []			[]	[]
09- []		cinco	02	[]
10- []			[]	[]
11- []			[]	[]
12- []			[]	[]

End of August 2020

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar	40 - Qtde. Diárias Autorizadas	41 - Tipo de Acomodação Autorizada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	44 - Código CNES
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

45 - Observação / Justificativa

Dr. Marcus V. Danieli
Ortopedia e Cirurgia do Membro

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; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>