

[illegible]

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira	8 - Validade da Carteira
9 - Atendimento a RN	
10 - Nome	
11 - Cartão Nacional de Saúde	

[illegible]

Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código na Operadora / CNPJ [][][][][][][][][][][][][][][][]		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado <div>HZ</div>			21 - Data sugerida para internação [][]/[][]/[][][][][]	
22 - Caráter do Atendimento <div>E</div>	23-Tipo de Internação <div>C</div>	24 - Regime de Internação <div>H</div>	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <div>01</div>	26 - Previsão de uso de OPME <div>S</div>	27 - Previsão de uso de quimioterápico <div>[]</div>	

28 - Indicação Clínica

Ruptura LCA + Menisco medial + Condromatose

Joelho

29-CID 10 Principal (Opcional)	30 - CID 10 (2) (Opcional)	31 - CID 10 (3) (Opcional)	32 - CID 10 (4) (Opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados									
34-Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut					
01-		Reconstrução LCA	1						
02-		Reparo articular	1						
03-		Cardioplastia	1						
04-		Transposição de prais de J Te-dia	1						
05-		Taxa de video	1						
06-									
07-									
08-									
09-		Andebol	1						
10-		Tratamento de intertexturação	1						
11-		Linha de Shiver	1						
12-									

[illegible]

45 – Observação / Justificativa

46-Data da Solicitação	47-Assinatura do Profissional Solicitante Guilherme J. P. Pivovarsky Traumatologia	48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49-Assinatura do Responsável pela Autorização
------------------------	--	--	---

Assinatura do Profissional Solicitante
Guilherme L. M. Pivovkano
Ortopedia Traumatologia
Clínica de Lombo
CRM-PR 30195 / RST 14548