

2- N°

Dados do Beneficiário

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Interação

26 - Indicação Clínica


PACIENTE APRESENTOU DORES EM QUADRIL , EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E FAZER ATIVIDADES DO DIA A DIA.


Hipótesis Diagnósticas

Procedimientos Solicitados

OPM Solicitados

Dados da Autoriza

51 - Observação


<p>52-Data e Assinatura do Médico Solicitante</p> <div style="text-align: center;">  _____ ____/____/____ </div>	<p>53-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <div style="text-align: center;"> _____ ____/____/____ </div>	<p>54-Data e Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <div style="text-align: center;"> _____ ____/____/____ </div>
---	--	---

Rafael Leite de Pinho Tavares
Ortopedia e Traumatologia
CRM /PR 23.538