

46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante CRM-PR 39.832 - TEOT 15509 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
45 - Observação / Justificativa							
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtd. Diárias Autorizadas		41 - Tipo da Acomodação Autorizada			
Dados da Autorização							
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		36 - Descrição		37 - Qtd. Solic.	
33 - CID 10 Principal (Opcional)		30 - CID 10 (2) (Opcional)		31 - CID 10 (3) (Opcional)		32 - CID 10 (4) (Opcional)	
29 - CID 10 Principal (Opcional)		30 - CID 10 (2) (Opcional)		31 - CID 10 (3) (Opcional)		32 - CID 10 (4) (Opcional)	
28 - Indicação Clínica		- Entress de pulso direito, com dor e instabilidade - RNM: Lesão de LCA, lesão meniscal medial, lateral, condropatia femoro-tibial					
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		21 - Data sugerida para internação		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho		17 - UF	
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado		11 - Cartão Nacional de Saúde		10 - Nome	
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN		6 - Data de Validade da Senha	
3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		5 - Senha		4 - Data da Autorização		1 - Registro ANS	