

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 0050000043 129 539		8 - Validade da Carteira	9 - Atendimento de RN
10 - Nome Julio Cesar Gomes Naves da Cruz			11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado SANTA CASA DE LONDRINA	
14 - Nome do Profissional Solicitante Marcos Cajueiro Fernandes		15 - Conselho Profissional CRM	16 - Número do Conselho 28835
		17 - UF PR	18 - Código CBO
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
21 - Data sugerida para Internação			
22 - Caráter de Atendimento	23 - Tipo de Internação	24 - Regime de internação	25 - Qtde. diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de Quimioterapia	
28 - Indicação Clínica LAUDO ANEXO Lesão osteocondral do talus e tornozelo direito			
29 - CID10 Principal (opcional)		30 - CID10(2) (opcional)	31 - CID10(3) (opcional)
32 - CID10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic. 38 - Qtde. Aut.
1- <input type="checkbox"/>	13017 34045	Osteocondroplastia - viduo tornozelo	01 <input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>		Kit mesoartroplastia	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>		Kit artroscopia tornozelo	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>		laminas de shaver	<input type="checkbox"/>
9- <input type="checkbox"/>		Serra sagital para osteotomia	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>		de talus	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>		de parafusos canulados 4,0	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>		Fem. Anthrom	<input type="checkbox"/>
Dados da autorização			
39 - Data provável da Admissão hospitalar 11/11/11		40 - Qtde Diárias Autorizadas	41 - Tipo de acomodação autorizada
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
44 - Código CNES			
45 - Observação			
46 - Data da Solicitação 11/11/11			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Marcos Cajueiro Fernandes Ortopedia e Traumatologia CRM 28835		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização