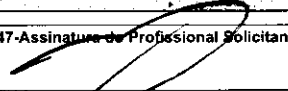


1 - Registro ANS 3.4.3.2.6.9.		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____		
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____				
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 0032-00000 77-20 448-4		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN _____				
50 - Nome Social _____				
10 - Nome Kennig Lys Rokinski				
Dados do Contrato				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____		
14 - Nome do Profissional Solicitante Marcus V. Daniel		15 - Conselho Profissional _____	16 - Número no Conselho _____	
		17 - UF _____	18 - Código CBO _____	
Dados do Hospital / Local Solicitante / Local de Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ _____		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado _____		
21 - Data sugerida para internação ____/____/____				
22 - Caráter do Atendimento G	23 - Tipo de Internação C	24 - Regime de Internação H	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01	
26 - Previsão de uso de OPME S		27 - Previsão de uso de quimioterápico _____		
28 - Indicação Clínica Keno manual fecho PK				
29 - CID-10 Principal (Opcional) S83	30 - CID-10 (Opcional) _____	31 - CID-10 (Opcional) _____	32 - CID-10 (Opcional) _____	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01- 30733065		Atendimento / Keno	_____	_____
02- _____		manual	01	_____
03- _____			_____	_____
04- _____		tx de v. de	_____	_____
05- _____			_____	_____
06- _____			_____	_____
07- _____		prot. shaver	_____	_____
08- _____			_____	_____
09- _____		kit reprod manual	05	_____
10- _____		alívio	_____	_____
11- _____		(Fisioterapia)	_____	_____
12- _____			_____	_____
Dados da Autorização				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas _____		
		41 - Tipo da Acomodação Autorizada _____		
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____		
44 - Código CNES _____				
45 - Observação / Justificativa Dr. Marcus V. Daniel Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM/PR 18.734				
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante 		
		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável + Kellen Rokinski		
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____				