



2 - Nº **000006908849**  
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS <b>326755</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>000006908849</b>	4 - Senha <b>000006908849</b>	5 - Data da Autorização <b>18/01/2023</b>	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000006908849</b>
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>499174 - Titular</b>	8 - Nome <b>ODESE LURDES CORREIA DE OLIVEIRA</b>
---	---

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail	
<b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	<b>(43) 3377-0900</b>	<b>internacao@uniorte.com.br;drcesarmartins@hotmail.com</b>	



### Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

Materiais autorizados tecnicamente compatíveis.

Autorizado para ARTHROM.

01 unid. de Broca shannon - parecer desfavorável - sem cobertura no rol da ANS.

Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).

Para autorização de faturamento é necessário a apresentação da(s) etiqueta(s) de rastreabilidade conforme a RDC nº 14, de 5 de abril de 2011.

Outras deformidades (adquiridas) do(s) dedo(s) dos pes

### Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

25 - Observação / Justificativa
<p>Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: ALINE.SILVA / protocolo de atendimento: 32675520230105773129</p> <p>Empresa / Titular: ODESE LURDES CORREIA DE OLIVEIRA Matrícula:</p>

26 - Data da Solicitação <b>05/01/2023</b>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---