



Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS <b>326755</b>	3 - Número da Guia Principal <b>000007854752</b>	4 - Data da Autorização <b>09/07/2024</b>	5 - Senha <b>000007854752</b>	6 - Data de validade da Senha <b>26/07/2024</b>	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000007854752</b>
8 - Número da Carteira <b>173675 - Titular</b>	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo <b>OZENILDA PEREIRA DA SILVA</b>	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde <b>706408626029381</b>	12 - Atendimento a RN <b>N</b>	

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora <b>946</b>	14 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante <b>MARCUS VINICIUS DANIELI</b>	16 - Conselho Profissional <b>06</b>	17 - Número no Conselho <b>18734</b>	18 - UF <b>PR</b>	19 - Código CBO S <b>225270</b>	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---	---	----------------------	------------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento <b>I1</b>	22 - Data da Solicitação <b>26/06/2024</b>	23 - Indicação Clínica <b>Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado</b>
--	---	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solicit.	28 - Qtde. Aut.
22	30710022	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS	1	1
22	30733049	OSTEOCONDROPLASTIA e ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #	1	1
22	30733057	MENISCECTOMIA - UM MENISCO	1	1
18	60024151	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	1	1
18	60033665	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO, ATE 12H	1	1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora <b>946</b>	30 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	31 - Código CNES <b>2550792</b>
--	---	------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento <b>I2</b>	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>I9</b>	34 - Tipo de Consulta <b>II</b>	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento <b>III</b>
---------------------------------------	--	------------------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
__/__/__	__:__	__:__	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
__/__/__	__:__	__:__	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
__/__/__	__:__	__:__	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
__/__/__	__:__	__:__	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
__/__/__	__:__	__:__	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_____	_ _	_	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
_ _	_ _	_____	_____	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _	_ _	_____	_____	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _	_ _	_____	_____	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _	_ _	_____	_____	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1. __/__/__	3. __/__/__
2. __/__/__	4. __/__/__
	5. __/__/__
	6. __/__/__
	7. __/__/__
	8. __/__/__
	9. __/__/__
	10. __/__/__

58 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: 43 33781000 / Emitido Por: THAI S.SILVA / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL.protocolo de atendimento: 32675520240626063358  
Empresa / Titular: OZENILDA PEREIRA DA SILVA Matrícula:

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
_____	_____	_____