

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>92792711</b>	4 - Senha <b>92792711</b>	5 - Data da Autorização <b>09/10/2023 10:42</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92792711</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira <b>0050000055178610</b>	29 - Nome Social

8 - Nome	ARIOVALDO RIBEIRO
----------	-------------------

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante <b>TOMAS SEIBEL</b>	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	SOLICITO TROCA DE OPM . SOLICITO TROCA DE OPM

[illegible]

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 09/10/2023 / Empresa / Titular: FUNDO DE ASSISTENCIA A SAUDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------	---	---