



2 - Nº **000007039301**  
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS <b>326755</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>000007039301</b>	4 - Senha <b>000007039301</b>	5 - Data da Autorização <b>19/04/2023</b>	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000007039301</b>
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome
<b>53716 - Dependente</b>	<b>UTE DIETLINDE LACHNER</b>

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail	
<b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>	<b>(43) 3361-3807</b>	<b>dr.provenza@gmail.com;institutodojoelho765@gmail.com</b>	



### Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica	<p>Autorizado material para ALL MEDIC.</p> <p>Caso haja divergencia, conforme Resolução CFM 1956/2010 pode ser enviado para reanálise, com justificativa técnica, e indicação de 03 marcas para operadora.</p> <p>Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva). OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa. Para autorização de faturamento é necessário a apresentação da(s)</p>
----------------------------	--

### Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

25 - Observação / Justificativa	<p>Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MA.CLINICA / PLANO ADAPTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL. protocolo de atendimento: 32675520230327810693</p> <p>Autorizado material para ALL MEDIC. Caso haja divergencia, conforme Resolução CFM 1956/2010 pode ser enviado para reanálise, com justificativa tecnica, e indicação de 03 marcas para operadora.</p> <p>Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva). OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa. Para autorização de faturamento é necessário a apresentação da(s) etiqueta(s) de rastreabilidade conforme a RD de 5 de abril de 2011.</p> <p>Empresa / Titular: ROBERTO LACHNER Matrícula:</p>
---------------------------------	---

26 - Data da Solicitação <b>27/03/2023</b>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---