



Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS 326755	3 - Número da Guia Principal 000007914678	4 - Data da Autorização 06/08/2024	5 - Senha 000007914678	6 - Data de validade da Senha 23/08/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000007914678
8 - Número da Carteira 517502 - Dependente	9 - Validade da carteira 06/2023	10 - Nome completo LUCIANA BICALHO DE CARVALHO CASARIM		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 702900577243570	12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 946	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28806	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	---	----------------------	------------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento 1 	22 - Data da Solicitação 24/07/2024	23 - Indicação Clínica Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado
---	---	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
22	30729181	HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO	1	2
22	30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES - TRATAMENTO CIRURGICO	1	2
22	30731119	TENOPLASTIA / ENXERTO DE TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO	1	2
18	60033665	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO, ATE 12H	1	1

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 2 	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 	34 - Tipo de Consulta 	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
--	---	------------------------------------	--

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: FERNANDA.ANTONIO / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ORTESE E/OU PROTESE NACIONAL.protocolo de atendimento: 32675520240724084088
Empresa / Titular: HUMBERTO DONIZETI CASARIM 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
_____	_____	_____