



2 - Nº **000007601449**
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 326755	3 - Número da Guia Referenciada 000007601449	4 - Senha 000007601449	5 - Data da Autorização 14/03/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000007601449
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 424639 - Titular	8 - Nome ANGELA APARECIDA TORRES VENZEL
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail	
ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	(43) 3377-0900	rafaelbeletato@gmail.com	



Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica	<p>Material solicitado tecnicamente compatível.</p> <p>01 unid. de Chave Sextavada - Instrumental cirúrgico disponível pelo fornecedor.</p> <p>Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).</p> <p>OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa.</p> <p>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.</p>
----------------------------	---

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: HOL / 01 SHAVER

01 CHAVE SESTAVADA

ARTHRORH

Contato Beneficiário : Telefone Celular -> | Telefone Fixo -> | Email -> angela.aparecida.torres1234@gmail.com - Contratado Solicitante: CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DE LONDRI NA LTDA

Empresa / Titular: ANGELA APARECIDA TORRES VENZEL Matrícula:

26 - Data da Solicitação 01/03/2024	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---