



2 - Nº **000007850187**
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 326755	3 - Número da Guia Referenciada 000007850187	4 - Senha 000007850187	5 - Data da Autorização 12/07/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000007850187
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 537358 - Titular	8 - Nome CELIO DE ALMEIDA
---	-------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

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



Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

Autorizados materiais solicitados (convencionais), fornecedor ARTHROM. Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva). OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de 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.

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

24 - Especificação do Material
33850 - Esta ponteira foi liberada em caso exeptional

25 - Observação / Justificativa

Protocolo: Telefone Contratado: 43 33781000 / Emitido Por: MA.CLINICA / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ORTESE E/OU PROTESE NACIONAL.Autorizados materiais solidos radiofrequencia, 01 lamina shaver, 03 Kit de sutura Crossfix) - fornecedor ARTHROM. Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva). OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa.Para autorização de faturamento necessário a apresentação da(s) etiqueta(s) de rastreabilidade conforme a RDC nº 14, de 5 de abril de 2011.

Empresa / Titular: SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA Matrícula:

26 - Data da Solicitação 25/06/2024	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---