



Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 530320 - Titular	9 - Validade da carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RN N
10 - Nome JOSEFA MADALENA DE OLIVEIRA DUARTE			

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 946	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA				
15 - Nome do Profissional Solicitante BRUNO BOSIO DA SILVA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 32301	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 09/08/2024	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador de Cobertura Especial	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 22 30735068 RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR 22 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA 22 30735033 ACROMIOPLASTIA 18 60033665 TAXA DE SALA DE OBSERVACAO, ATE 12H			27 - Qtde. Solicit. 1 1 1 1	28 - Qtde. Aut. 1 1 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 [13]	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [9]	34 - Tipo de Consulta II	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 	91 - Regime de atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional
---	---	------------------------------------	--	---	-------------------------------------

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
Protocolo: Telefone Contratado: 43 33781000 / Emitido Por: JULIA.BARROS / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL.
Empresa / Titular: J. M. O. DUARTE - PADARIA 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		
_____		_____		_____		