



2 - Nº **000007529687**
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 326755	3 - Número da Guia Referenciada 000007529687	4 - Senha 000007529687	5 - Data da Autorização 06/02/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000007529687
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	28 - Nome Social
349692 - Titular	

8 - Nome

GILBERTO APARECIDO FUIN

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail	
ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA	(43) 3377-0900	waltertaki@yahoo.com.br;internacao@uniorte.com.br;wtakiquadril@yahoo.com.br	

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica	<p>Material(is) Solicitado(s):</p> <p>01 kit Artroscopia de Quadril - favorável</p> <p>02 unid. de Âncora de Quadril Bioabsorvível - autorizado material convencional (âncora em titânio) - solicitado justificativa médica sobre o material solicitado, porém sem retorno. Autorizado para Arthrom, previamente negociado.</p> <p>Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).</p> <p>O Hospitalar poderá solicitar as imagens intra/pós operatória para conferência.</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 n° 14, de 5 de abril de 2011.</p>
----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

24 - Especificação do Material

334172 - Kit Artroscopia de Quadril - Empresa Arthrom
Composição:
01 Radiofrequencia
01 Lâmina de Shaver partes moles
01 Lâmina de Shaver partes ósseas
01 Canula estendida

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: JULIA.BARROS / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL.protocolo de atendimento: 32675520240123958862. OS HONORÁRIOS MEDICOS DO DR. WALTER TAKI SERÃO DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE. AUTORIZADO PELO PLANO APENAS DESPESAS HOSPITALARES COMO : ANESTESISTA DISPONIVEL EM CENTRO CIRURGICO, DIÁRIA DE QUARTO, MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS.

Empresa / Titular: GILBERTO APARECIDO FUIN Matrícula:

26 - Data da Solicitação 23/01/2024	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---