



2 - Nº **000007193888**  
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

|                                   |  |                                  |  |  |
|-----------------------------------|--|----------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>326755</b> | 3 - Número da Guia Referenciada<br><b>000007193888</b> | 4 - Senha<br><b>000007193888</b> | 5 - Data da Autorização<br><b>28/06/2023</b> | 6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>000007193888</b> |
|-----------------------------------|--|----------------------------------|--|--|

### Dados do Beneficiário

|   |  |
|---|--|
| 7 - Número da Carteira<br><b>505433 - Titular</b> | 8 - Nome<br><b>CARLOS EDUARDO XAVIER</b> |
|---|--|

### Dados do Profissional Solicitante

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



### Dados da Cirurgia

|  |
|--|
| 12 - Justificativa Técnica   |
| Materiais solicitados tecnicamente compatíveis.<br>Autorizado para Arthrom, previamente negociado.<br>Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).<br>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]

|  |
|--|
| 25 - Observação / Justificativa  |
| Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: NAYARA.SANTOS / PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS,MATERIAIS DE IMPLANTE,ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL.<br>Empresa / Titular: COMPAR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA Matrícula:97775 - 1649448 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 26 - Data da Solicitação<br><b>28/06/2023</b> | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|---|---|---|