

**ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E  
MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

2 - Nº **000007564212**  
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS  
**326755**

3 - Número da Guia Referenciada  
**000007564212**

4 - Senha  
**000007564212**

5 - Data da Autorização  
**23/02/2024**

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
**000007564212**

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira  
**516825 - Titular**

8 - Nome  
**TIAGO APARECIDO DOS SANTOS**

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante  
**ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA**

10 - Telefone  
**(43) 3361-3807**

11 - E-mail  
**dr.provenza@gmail.com;institutodojoelho765@gmail.com**



Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

Materiais solicitados tecnicamente compatíveis.  
Autorizado para Arthrom, previamente negociados.  
Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).  
OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis de glosa.  
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

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material	22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento					
00	33850	PONTEIRA DE RADIOFREQUENCIA	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
00	75057751	LAMINA DE SHAVER	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
10314800066			_		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

24 - Especificação do Material

**33850 - Esta ponteira foi liberada em caso exeptional**

25 - Observação / Justificativa

Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: MA.CLINICA / Contato Beneficiario : Telefone Celular -> | Telefone Fixo -> | Email -> tiagojataizinho@gmail.com  
- Contratado Solicitante: MA CLINICA MEDICA LTDA  
Empresa / Titular: TIAGO APARECIDO DOS SANTOS 05168834965 Matrícula:

26 - Data da Solicitação  
**09/02/2024**

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização