

Sen. Souza Naves, 1922 Londrina - PR CEP 86015-430 Fone: (43)3315-1900

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

2 - N° 000006894469 Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

	PLANO	DE SA	UDE
Н	osk	oita	ala

1 - Registro ANS 326755 3 - Número da Guia Referenciada

000006894469

4 - Senha 000006894469 5 - Data da Autorização 03/01/2023

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000006894469

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

143755 - Dependente

**BIANCA GONCALVES DIAS** 

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante

ASSOCIAÇÃO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA

10 - Telefone

(43) 3377-0900

11 - E-mail

internação@uniorte.com.br:drcesarmartins@hotmail.com



Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

Materiais autorizados tecnicamente compatíveis.

Autorizado para ARTHROM, previamente negociado.

Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).

OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passiveis de glosa.

O Hospitalar poderá solicitar as imagens intra/pós operatória para conferência.

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.

Entorse e distensao do tornozelo

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados								
terial 15 - Descrição	16 - Opçã	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Otde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado			
22 - Referência do material no fabricante	23 - N	Autorização de Funcioname	ento					
LAMINA DE SHAVER	_	1	_ _ , _	1	_ _ , _			
PARAFUSO ANCORA COM FIO DE SUTI		- - - - - - -		3	_ _ _			
	- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	_ _ _ _ _   _ _ _		_ _ _	_ _ _			
_ _	- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	_ _ _ _ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ ,			
_ _	- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	_ _ _ _ _   _ _ _		_ _ _	_ _ ,			
_ _	<u>- - - - - - - - - - - - - - - - - - - </u>	_ _ _ _   _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ , _			
	terial 15 - Descrição  22 - Referência do material no fabricante  LAMINA DE SHAVER	terial 15 - Descrição 16 - Opção 22 - Referência do material no fabricante 23 - N° LAMINA DE SHAVER	terial       15 - Descrição       16 - Opção       17 - Qtde. Solicitada         22 - Referência do material no fabricante       23 - Nº Autorização de Funcioname         LAMI NA DE SHAVER	15 - Descrição   16 - Opção   17 - Otde. Solicitada   18 - Valor Unitário Solicitado   22 - Referência do material no fabricante   23 - Nº Autorização de Funcionamento   23	15 - Descrição   16 - Opção   17 - Qtde. Solicitada   18 - Valor Unitário Solicitado   19 - Qtde. Autorizada   22 - Referência do material no fabricante   23 - Nº Autorização de Funcionamento   1			

- 24 Especificação do Material
  - NEGOCIADO COM ARTHROM
- 25 Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: LUZIMAR CAPASSI / PLANO REGULAMENTADO. COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL protocolo de atendimento: 32675520221221768150

Empresa / Titular: CLAUDINEY GONCALVES DIAS Matrícula:

26 - Data da Solicitação

21/12/2022

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização