

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

2 - Nº **000006979237**  
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS  
**326755**

3 - Número da Guia Referenciada  
**000006979237**

4 - Senha  
**000006979237**

5 - Data da Autorização  
**20/02/2023**

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
**000006979237**

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira  
**124821 - Dependente**

8 - Nome  
**ISABEL SEBASTIAO DE SOUZA ROCHA**

### Dados do Profissional Solicitante

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

10 - Telefone  
**(43) 3377-0900**

11 - E-mail  
**internacao@uniorte.com.br;drcesarmartins@hotmail.com**



### Dados da Cirurgia

#### 12 - Justificativa Técnica

Materiais solicitados tecnicamente compatíveis.  
Autorizado para Arthrom.  
Conforme consenso com Dr. Cesar autorizado a broca, invés dos parafusos SNAP.  
Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).  
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.  
Outras deformidades adquiridas dos dedos dos pes

### 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	70246815	FIO DE KIRSHINNER	_	2	_ _ _ _ _ _ _	2	_ _ _ _ _ _ _
80100020004			_	4	_ _ _ _ _ _ _	4	_ _ _ _ _ _ _
00		PARAFUSO CHANFRADO RP 3,0 X 32,0 MM	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
		BROCA SHANNON	_		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

#### 24 - Especificação do Material

#### 25 - Observação / Justificativa

Protocolo: Telefone Contratado: (43) 3378-1000 / Emitido Por: BEATRIZ LEMOS / PLANO REGULAMENTADO, COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTÁVEIS, ORTESE, PROTESE E MATERIAIS DE IMPLANTE NACIONAL. protocolo de atendimento: 32675520221220767729  
Empresa / Titular: MARCIO AGNALDO ROCHA Matrícula:

26 - Data da Solicitação  
**20/02/2023**

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização