

1 - Registro ANS <b>326755</b>		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <b>000007857452</b>											
4 - Data da Autorização <b>11/07/2024</b>		5 - Senha <b>7857452</b>		6 - Data de Validade da Senha <b>27/07/2024</b>									
Dados do Beneficiário													
7 - Numero da Carteira <b>480218 - Titular</b>		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN <b>N</b>									
50 - Nome Social													
10 - Nome <b>LETICIA MIRANDA DE MATTOS</b>													
Dados do Contratado Solicitante													
12 - Código na Operadora <b>946</b>		13 - Nome do Contratado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>											
14 - Nome do Profissional Solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>		15 - Conselho Profissional <b>06</b>		16 - Número do Conselho <b>28806</b>		17 - UF <b>PR</b>		18 - Código CBO <b>225270</b>					
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação													
19 - Código na Operadora / CNPJ <b>78.613.841/0001-61</b>		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>			21 - Data sugerida para Internação <b>17/07/2024 07:30</b>								
22 - Caráter de Atendimento <b>1</b>		23 - Tipo de Internação <b>2</b>		24 - Regime de internação <b>1</b>		25 - Qtde. diárias Solicitadas <b>1</b>		26 - Previsão de uso de OPME <b>S</b>		27 - Previsão de uso de Quimioterapia <b>N</b>			
28 - Indicação Clínica													
29-CID10 Principal (opcional) <b>S831</b>		30-CID10(2) (opcional)		31-CID10(3) (opcional)		32-CID10(4) (opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) <b>9</b>					
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
34 - Tabela		35 - Código do Procedimento		36 - Descrição				37 - Qtde. Solic.		38 - Qtde. Aut.			
1- <b>22</b>		<b>30734053</b>		<b>RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO</b>				<b>2</b>		<b>2</b>			
2- <b>18</b>		<b>60000805</b>		<b>DIARIA DE QUARTO COLETIVO DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVA</b>				<b>1</b>		<b>1</b>			
3- [ ]		[ ]								[ ]			
4- [ ]		[ ]								[ ]			
5- [ ]		[ ]								[ ]			
6- [ ]		[ ]								[ ]			
7- [ ]		[ ]								[ ]			
8- [ ]		[ ]								[ ]			
9- [ ]		[ ]								[ ]			
10- [ ]		[ ]								[ ]			
11- [ ]		[ ]								[ ]			
12- [ ]		[ ]								[ ]			
Dados da autorização													
39 - Data provável da Admissão hospitalar <b>17/07/2024 07:30</b>		40 - Qtde Diárias Autorizadas <b>1</b>		41 - Tipo da acomodação autorizada <b>1</b>									
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado <b>78.613.841/0001-61</b>		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado <b>ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE LONDRINA</b>										44 - Código CNES <b>2550792</b>	
45 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: 43 33781000 / Emitido Por: HOL em 27/06/2024 /PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTAVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL. / Empresa / Titular: COMPAR ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA													
46 - Data da Solicitação <b>27/06/2024 14:42</b>		47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					

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

2 - Nº 000007857452

1 - Registro ANS <b>326755</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>000007857452</b>	4 - Senha <b>7857452</b>	5 - Data da Autorização <b>11/07/2024</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>000007857452</b>
-----------------------------------	---	-----------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>480218 - Titular</b>	29 - Nome Social
8 - Nome <b>LETICIA MIRANDA DE MATTOS</b>	

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL MAURICIO BELETATO</b>	10 - Telefone <b>(43) 3377-0900</b>	11 - E-mail <b>rafaelbeletato@gmail.com</b>
---	--	--

## Dados da cirurgia

### 12 - Justificativa técnica

Material(is) solicitado(s) tecnicamente compatível(is).

Autorizado para ARTHROM previamente negociado.

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

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

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. PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS

DESCARTÁVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL

### OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Item	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				
1- <b>34870</b>	LAMINA DE SHAVER <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORT</b>		<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
2- <b>30661</b>	ANCORA TITANIO <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORT</b>		<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 24 - Especificação do material

### 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: 43 33781000 / Emitido Por: HOL em 27/06/2024 /PLANO REGULAMENTADO - COM COBERTURA PARA MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MATERIAIS DE IMPLANTE, ÓRTESE E/OU PRÓTESE NACIONAL. / Empresa / Titular: COMPAR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA

26 - Data da Solicitação <b>27/06/2024 14:42</b>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---