

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

2 - N° Guia no Prestador

| 1 - Registro ANS   3 - Número da Guia Referen   |   | 6 4 8 5             |   | ia Atribuído pela Operadora<br>                      |  |
|---|---|---------------------|---|--|--|
| Dados do Beneficiário     7 - Número da Carteira   8 - Nome     0   4   8   0   3   7   0   0   9 |   |                     |   |  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| 9 - Nome do Profissional Solicitante<br>JULIO CESAR BORIN   |   | 10 - Telefone       | 11 - E-mail   |  |  |
| Dados da Cirurgia   |   |                     |   |  |  |
| 12 - Justificativa Técnica  |   |                     |   |  |  |
| OPME Solicitadas  |   |                     |   |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do Material<br>21 - Registro ANVISA do Material                           | 15 - Descrição<br>22 - Referência do material no fabricante | 16 - O <sub>l</sub> | pção 17 - Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado<br>23 - Nº Autorização de Funcionamento | 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado |  |
| 1- 1 9   7 4 6 7 1 2 3 5  | Kit Cânula Sutura de Menisco NY                             | 1                   |   | 1       1 . 7 0 0 , 0 0                              |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| <b>2</b> - 1 9   7 8 4 1 0 5 9 2  | LÂMINA PARA SHAVER SETORMED                                 |                     | 1   | 2       5 1 0 , 0 0                                  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| 3-  |   |                     |   |  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| 4-  |   |                     |   |  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| 5-  |   |                     |   |  |  |
|   | -   |                     |   |  |  |
| 6-  |   |                     |   |  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| 7-  |   | •                   |   |  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| 8-  |   |                     |   |  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| 9   |   |                     |   |  |  |
| 10+   |   |                     |   |  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| 1111  |   |                     |   |  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| 12  |   |                     |   |  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
|   |   |                     |   |  |  |
| Impresso em: 08/05/2024 14:12:05  | Página <sup>7</sup>   |                     | F0347   | CPLS00096  |  |

| 13  | I  | <u> </u>  |
|---|--|---|
|   |  |   |
| 14  |  | <u> </u>  |
|   |  |   |
|   |  |   |
| 15  |  | <del></del>   |
|   |  |   |
| 24 - Especificação do Material            |  |   |
| İ   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
| 25 - Observação / Justificativa           | anten anno de de anciente. On distrando a militar de anticipado contra   |   |
| 74671235 - Favorável conforme document    | entos anexados do paciente. Condicionado a análise de auditoria de contas.<br>tos anexados do paciente. Condicionado a análise de auditoria de contas.                         |   |
| 78410592 - Favorável conforme document    | tos anexados do paciente. Condicionado a análise de auditoria de contas.<br>do item 60034068 - DIÁRIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD de 2 para 1 Favorável conforme document |   |
| O auditor alterou a quantidade autorizada | do item 60034068 - DIARIA COMPACTA DE APARTAMENTO STANDARD de 2 para 1 Favoravel conforme document   | tos anexados do paciente. Avaliar necessidade de prorrogação de diária conforme evolução clínica do paciente. |
|   |  |   |
|   | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante  | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização   |
| 2 9 / 0 4 / 2 0 2 4                       |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |
|   |  |   |