

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

2 - Nº **000007326385**  
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS  
**326755**

3 - Número da Guia Referenciada  
**000007326385**

4 - Senha  
**000007326385**

5 - Data da Autorização  
**03/10/2023**

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
**000007326385**

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira  
**460007 - Titular**

8 - Nome  
**ANTONIO CARLOS FONSECA BODON**

### Dados do Profissional Solicitante

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

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

11 - E-mail  
**tavares-rafael@bol.com.br;internacao@uniorte.com.br;recepcao@uniorte.com.br;rafael-tavares13@hotmail.com**



### Dados da Cirurgia

#### 12 - Justificativa Técnica

Materiais solicitados tecnicamente compatíveis.  
Autorizado para empresa: X X X.  
Sujeito a avaliação pela auditoria de contas médicas (retrospectiva).  
OPME(s) não autorizado pelo convênio estão passíveis 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.  
Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado

### 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	350459	KIT PROTESE TOTAL DE QUADRIL PRIMARIA NACIONAL HIBRIDA	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
19	79918816	CIMENTO ORTOPEDICO S/ ANTIBIOTICO	_	1	_ _ _ _ _ _ _	1	_ _ _ _ _ _ _
10171110070			_		_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _
_ _	_ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _

#### 24 - Especificação do Material

#### 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:  
32675520230915894857  
Empresa / Titular: COMPAR ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA Matrícula:97926-813986

26 - Data da Solicitação  
**15/09/2023**

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização