

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

2 - Nº **000006892756**
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS
326755

3 - Número da Guia Referenciada
000006892756

4 - Senha
000006892756

5 - Data da Autorização
09/01/2023

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
000006892756

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) do(s) dedo(s) 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 | | | _ | | _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ |
| 00 | | PARAFUSO CHANFRADO RP 3,0 X 32,0 MM | _ | 4 | _ _ _ _ _ _ _ | 4 | _ _ _ _ _ _ _ |
| | | | _ | | _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ |
| 00 | | BROCA SHANNON | _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ | 1 | _ _ _ _ _ _ _ |
| | | | _ | | _ _ _ _ _ _ _ | | _ _ _ _ _ _ _ |
| _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ | | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ |
| _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ | | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ |
| _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ | | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ |
| _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ | | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ |
| _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ | | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ |

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: 32675520221220767729
Empresa / Titular: MARCIO AGNALDO ROCHA Matrícula:

26 - Data da Solicitação
20/12/2022

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização