



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

2 - Nº 00000000000

| | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------|-------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 413518 | 3 - Numero Guia Referenciada 000000000000 | 4 - Senha | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 000000000000 |
|-----------------------------------|---|-----------|-------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|------------------------|------------------|
| 7 - Numero da Carteira | 29 - Nome Social |
| 8 - Nome | |

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|--------------------------------------|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|--------------------------------------|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

| |
|----------------------------|
| 12 - Justificativa técnica |
|----------------------------|

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- | | | | | | | |
| 2- | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | |

| |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do material |
|--------------------------------|

| |
|----------------------------------|
| 25 - Observações / Justificativa |
|----------------------------------|

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|---|



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO OU COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO

2 - Nº Guia no Prestador **000000000000**

| | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------|
| 1 - Registro ANS 413518 | 3 - Número da Guia de Solicitação de Internação 000000000000 | 4 - Data da Autorização |
|-----------------------------------|--|-------------------------|

| | |
|-----------|--|
| 5 - Senha | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 000000000000 |
|-----------|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|------------------------|------------------|
| 7 - Numero da Carteira | 31 - Nome Social |
|------------------------|------------------|

| |
|----------|
| 8 - Nome |
|----------|

Dados do Contratado Solicitante

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| 9 - Código na Operadora | 10 - Nome do Contratado |
|-------------------------|-------------------------|

| | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 11 - Nome do Profissional Solicitante | 12 - Conselho Profissional | 13 - Número do Conselho | 14 - UF | 15 - Código CBO |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|

Dados da Internação

| | |
|---|-----------------------------------|
| 16 - Qtde. diárias Adicionais Solicitadas | 17 -Tipo da acomodação solicitada |
|---|-----------------------------------|

| |
|------------------------|
| 18 - Indicação Clínica |
|------------------------|

Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados

| 19 - Tabela | 20 - Código do Procedimento ou item assistencial | 21 - Descrição | 22 - Qtde. Solic. | 23 - Qtde. Aut |
|-------------|--|----------------|-------------------|----------------|
| 1- | | | | |
| 2- | | | | |
| 3- | | | | |
| 4- | | | | |
| 5- | | | | |
| 6- | | | | |
| 7- | | | | |
| 8- | | | | |

Dados da autorização

| | |
|---|------------------------------------|
| 24 - Qtde. Diárias Adicionais Autorizadas | 25 - Tipo da Acomodação Autorizada |
|---|------------------------------------|

| |
|---------------------------------|
| 26 - Justificativa da operadora |
|---------------------------------|

| |
|----------------------------------|
| 27 - Observações / Justificativa |
|----------------------------------|

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 28 - Data da Solicitação | 29 - Assinatura do Profissional Solicitante | 30 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|---|