



1 - Registro ANS 3 5 5 1 1 5 1 1	3 - Número da Guia Referenciada 2 1 8 4 3 3 2	4 - Senha 2 0 2 3 0 5 4 5 4 8	5 - Data da Autorização 2 2 / 0 2 / 2 0 2 3	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2 1 8 4 3 3 2
--------------------------------------	---	-----------------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0 2 1 3 4 4 0 0 1	8 - Nome SERGIO BELCHOR DE OLIVEIRA
--	--

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante Bruno Bosio da Silva	10 - Telefone 4333058254	11 - E-mail eletivas.hospcoracao@gmail.com
--	-----------------------------	---

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica SEGUE EM ANEXO PEDIDO MÉDICO.

OPME Solicitadas

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 - N° Autorização de Funcionamento				
1 -	1 1 9 1 0 0 0 6 1 5 3 2	CANULA DE DEBRIDAÇÃO CMAH MINI CURVA HORTRON	1	2	15 1 0 0 0	2	15 1 0 0 0
	8 1 2 8 8 5 4 0 0 2 2						
2 -	1 1 9 1 0 0 5 4 2 5 2 2	PONTEIRA DE ABLAÇÃO CONNECT MINI	1	1	11 2 0 0 0 0	1	11 2 0 0 0 0
	8 1 1 3 0 1 0 0 0 4 4						
3 -	1 1 9 7 1 4 8 2 3 6 9	ANCORAS ABSORVIVEIS STRYKER - XCEL HSS 3910-300-015 3 MM	1	3	11 8 5 0 0 0	3	11 8 5 0 0 0
	8 0 0 0 5 4 3 0 2 2 3						
4 -	1 1 9 7 8 3 4 3 2 4 0	CANULA PARA ARTROSCOPIA	1	2	3 9 0 0 0	2	3 9 0 0 0
	8 0 2 5 1 1 4 0 0 4 6						
5 -	1 1 9 1 0 0 8 8 9 1 3 1	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO ARTHRO MEDIC	1	1	15 0 0 0 0	1	15 0 0 0 0
	8 1 1 4 6 3 0 0 0 2 0						
6 -	1 1 9 7 8 4 2 6 6 4 2	Aguilha Flexível para Suturas Vetech	1	1	16 8 0 0 0	1	16 8 0 0 0
	8 1 1 0 4 9 3 7 0 0 0 5						

24 - Especificação do Material

--

25 - Observação / Justificativa

100061532 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,100542522 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,100889131 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,30735033 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,30735068 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,30735084 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,60034068 - ok,71482369 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.,78343240 - ok,78426642 - Autorizado pela auditoria médica/odontológica.

26 - Data da Solicitação 2 2 / 0 2 / 2 0 2 3	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	---