

[illegible]



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

2 - N°

90145473

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90145473	4 - Senha 90145473	5 - Data da Autorização 10/02/2023 17:09	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 90145473
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira	8 - Nome
0050000036018280	FERNANDA NUNES DO VALE

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE RIBEIRA PROVENZA	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
PACIENTE SOFREU QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA E EVOLUI COM ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO ANTERIOR, DOR INTENSA, LIMITAÇÃO DO FUNCIONAL. INDICO TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEARTROSCOPIA. M235 RECONSTRUÇÃO DE LCA DO JOELHO DIREITO

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- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		1		1	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1		1	
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE		4		4	
80044680085		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 30605972869 em 10/02/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

<p>26 - Data da Solicitação</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>			<p>27 - Assinatura do Profissional Solicitante</p>	<p>28 - Assinatura do Responsável pela Autorização</p>
--	--	--	--	--