

2 - Nº Guia no Prestador

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

· · ·	3 - Número da Guia Referer	ciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	lo pela Operadora
343269		92052822		92052822	01/08/2023 12:48		92052822
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
0970000125073067							
8 - Nome							
LUSIA CRISTINA CONSTANTINO ZAFALON							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone				1	1 - E-mail		
RAFAEL MAURICIO BELETATO							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica OPME							
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM							
ODME O P. V. I							
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 Autoriz							20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate		22 - Referência do mate	rial no fabricante	23 - Nº Autorização		ilado 19 - Qide. Autorizada	20 - Valor Officario Autorizado
1- 70064547	BR	OCAS CIRURGICAS STRY	KER - 1608002101-BROCA LATERAL SHAN	1	,	_ 1	_ _ , _
80005430110		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				
2-	_ _ _				_	_	,
	_ _ _	_ _ _			_ _ _ _	_	
³⁻	_				_	_	,
	_ _ _	IIIIII	-		_ _ _ _	!! _	,
	- 					-I	-
5-		1-1-1-1-1-1-1-				 -	,
	 _				_,, <u>,_,_,_,_</u>	_,	
6- _	_ _ _				_ _ _ , _	_	_ _ , _
						_	
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3	372-0900 / Emitido em 01/	08/2023 /AUTORIZADO CO	NFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titula	r: UNIMED REGIONA	L MARINGA COOPERATIVA DE	TRABALHO MEDICO	
26 Data da Callaita- a	27 - Assinatura do Pr	oficeional Caliaitanta		100 A:	Despensával pole Autoriosa a		
26 - Data da Solicitação	Zi - Assiliatura do Pr	unssundi sunuldrile		20 - Assinatura do	o Responsável pela Autorização		