





2 - Nº 000090939530  
Atend. 00000000-00

CEP 86050-460  
Fone: (43)3375-6161  
[www.unimedlondrina.com.br](http://www.unimedlondrina.com.br)

Pág.: 1 de 2

1 - Registro ANS	343269
3 - Número da Guia Referenciada	000090939530
4 - Senha	000090939530
5 - Data da Autorização	26/04/2023
6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	000090939530

<p>Dados do Beneficiário</p> <p>7 - Número da Carteira</p> <p><b>0050000031733550 - Titular</b></p>	<p>8 - Nome</p> <p><b>TEREZA MARIA MENEGASSI DALALASTA</b></p>
---	--

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante

WALTER TAKI

10 - Telefone

11 - E-mail

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

**PACIENTE COM DORES EM QUADRIL**  
**PACIENTE COM DORES EM QUADRIL**

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	00613282	OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989				2			
80804050002		CONJUNTO DE CIMENTAÇÃO POR PRESSURIZAÇÃO 805002		2					
00	00614327	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD		1		1			
10395270061		ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO		2		2			
00	71802398	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD		2					
80023450092		CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEdia G1A VISCOSIDADE STANDARD COM		2		2			
00	72397950	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD		1		1			
10243070064		HASTE CIMENTADA - 04.32.01.00024 - RESTRITOR PARA CIMENTO 24 MM		1					
00	73302295	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTD		1		1			
10417940039		ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-8752-010-		1					
00	73983683								

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa  
Protocolo: Telefone Contratado: (43)3378-1000 / \*\*\*\*\*GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE. \*\*\*\*\*  
Empresa / Titular: TEREZA MARIA MENEGASSI DALALASTA

26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
24/04/2023		

www.scds.inf.br :: TISS





Ayrton Senna Da Silva  
Londrina - PR  
CEP 86050-460  
Fone: (43)3375-6161  
www.unimedlondrina.com.br

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

2 - Nº 000090939530  
Atend. 0000000-00

Pág.: 2 de 2

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira  
005000031733550 - Titular

1 - Registro ANS  
343269

3 - Número da Guia Referenciada  
000090939530

4 - Senha  
000090939530

5 - Data da Autorização  
26/04/2023

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
000090939530

8 - Nome  
TEREZA MARIA MENEGASSI DALALASTA

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante  
WALTER TAKI

10 - Telefone

11 - E-mail

### Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica  
PACIENTE COM DORES EM QUADRIL  
PACIENTE COM DORES EM QUADRIL

### Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtd. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtd. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material	22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento					
00	74004018	CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-01	1	1	1	1	1
00	80044680330	ARTHRON COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1	1	1	1
00	80044680261	COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTADO ZIMMER - 00-8114-002-10	1	1	1	1	1
00	80044680261	ARTHRON COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1	1	1	1
00	80044680261	CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-050-20 - CUPULA	1	1	1	1	1
00	80044680261	ARTHRON COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	1	1	1	1	1

### 24 - Especificação do Material

### 25 - Observação / Justificativa

Protocolo: Telefone Contratado: (43)3378-1000 / \*\*\*\*\*GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA, HONORÁRIOS MÉDICOS POR CONTA DO CLIENTE. \*\*\*\*\*  
Empresa / Titular: TEREZA MARIA MENEGASSI DALALASTA

### 26 - Data da Solicitação

24/04/2023

### 27 - Assinatura do Profissional Solicitante

### 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização