



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

2 - Nº Guia no Prestador 94776561

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada 94776561	4 - Senha 94776561	5 - Data da Autorização 15/04/2024 15:56	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 94776561
------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0320000081699603	29 - Nome Social
8 - Nome ANNE GABRIELLY SILVA FERNANDES	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante JULIO CESAR BORIN	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica Dor e bloqueio em joelho ESQUERDO com rotura do LPPM, patela alta subluxada lateralmente e condropatia patelar. Solicito "URGÊNCIA" na liberação devido quadro de DOR e INCAPACIDADE FUNCIONAL. Dor e bloqueio em joelho ESQUERDO com rotura do LPPM patela alta subluxada lateralmente e condropatia patelar Solicito AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO - Finali zado conforme Aceite MA no retorno do AD - Desfavoravel sem comprovacao em exames de imagens. TAXA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR	

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 - Nº Autorização de Funcionamento					
1- 00	00608459		PONTEIRA DE RF 90GRAUS ESTRIADO CABO 3M EIXO 2,36X198MM IIIA	_	1	_ _ _ _ _ _ _ _ _	1		_ _ _ _ _ _ _ _ _
80082910131			ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_ _					

24 - Especificação do Material
--------------------------------

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3275-0200 / Emitido em 15/04/2024 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO PROCEDIMENTO 30733030 CONDROPLASTIA (COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES) - P ROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE JOELHO - Finalizado conforme Aceite MA no retorno do AD - Desfavoravel sem comprovacao em exames de imagens. TAXA JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS
---

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