



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

2 - Nº

89983994

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89983994</b>	4 - Senha <b>89983994</b>	5 - Data da Autorização <b>27/01/2023 16:45</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89983994</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>9700020008182854</b>	8 - Nome <b>PAULO HENRIQUE DOS SANTOS</b>
---	--

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>MARCO MAKOTO INAGAKI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica correção do material correção do material AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM
--

## 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- <b>00</b>	<b>74401599</b>	<b>NITFIX RAZEK - 500100040 - NITFIX RAZEK 1,5X11X15X13 (AGS 11-15-13)</b>		<b>4</b>		<b>4</b>	
<b>80356130167</b>		<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>					
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material
--------------------------------

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: CUNICO_ANA em 27/01/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO E STADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS
---

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