

26 - Data da Solicitação

08/02/2024

Ayrton Senna Da Silva Londrina - PR CEP 86050-460 Fone: (43)3375-6161

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

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

2 - Nº 000094026455 Atend. 0000000-00

....

	www.unimedlondrina.com.br						Pág.: 1 de 2		
	1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 000094026455		4 - Senha 000094026455		5 - Data da Autorização 19/02/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000094026455			
Dados do Beneficiário									
7 - Número da Carteira 1170000001796923 - Titula	ar	8 - Nome MARCELO MARTINEZ							
Dados do Profissional Solicitante									
9 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME RUFINI ISOL	ANI	10 - Tel	lefone 11 - I	E-mail					
Dados da Cirurgia									
12 - Justificativa Técnica EM ANEXO COXARTROSE QUADRIL COM	M DOR REFRATARI	А							
Dados da Execução / Procedimentos e E.	xames Realizados								
13 - Tabela 14 - Código do Mat	erial 15 - Descrição			16 - Opção 17 - Qtde. Soli	citada 18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado		
21 - Registro ANVISA do Material 00 00613282		ncia do material no fabricante SE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 4989		23 - Nº Autorização de Fun	cionamento	2	- - -		
80804050002	_ _ _		_ _ _ _ _		- - - -	1			
00 72207655 80044680220	ARTHRO	O CIMENTADO PARA SUBSTITUICAO TOTAI OM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	SLTDA	- - - - - - -	1 - - - · - - - - - -	·	- - - , - -		
00 72208619 80044680220		.O CIMENTADO PARA SUBSTITUICAO TOTAI DM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICO		_	1 - - - - -	2	_ _ , _		
00 72466740 80044680251	SISTEMA DE	QUADRIL DUAL MOBILITY - XL-200146: SU DM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICO	UPORTE DUAL	_ - - - - - -	1	1	_ _ , _		
00 72466901	SISTEMA DE	QUADRIL DUAL MOBILITY - 110024462: R	REVESTIMENTO	- - - - - - -	- - - - - 1	1	_ _ , _		
80044680251 00 74319035	COMPONENT	DM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICO FE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTA	DO ZIMMER - 00-	- - - - - - -	1 - - - -	1	- - - -		
24 - Especificação do Material 25 - Observação / Justificativa Protocolo: Telefone Contratado: DO CLIENTE***********************************	(43)3378-1000 / AU 01 x Lap Barrier - Ma	TORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM**** terial incluso em taxa hopitalar	**************************************	SOMENTE PARA DESPESAS HOS	SPITALARES E ANESTESISTA // HON	ORÁRIO DO MÉDICO	NÃO COOPERADO SERA POR C		

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização

ANN SOLUS INF NE ·· TISS 3.0