

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>90642142</b>	4 - Senha <b>90642142</b>	5 - Data da Autorização <b>28/03/2023 09:38</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90642142</b>
-----------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>0050000040544985</b>	29 - Nome Social
8 - Nome <b>LUCIANO ROSA ROSS</b>	

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO
----------------------------------------------------------------------------------------

## OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- <b>00</b> <b>80175510040</b>	<b>74319035</b>	<b>COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER - ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 28/03/2023 / Empresa / Titular: SIN DOS SERVIDORES PUB E AUT MUN DE ARAPONGAS E SABAUDIA
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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