

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95548505	4 - Senha 95548505	5 - Data da Autorização 21/06/2024 10:19	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95548505
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 1170000001301177	29 - Nome Social

8 - Nome
MARIA EMILIA DO NASCIMENTO VALENCIANO

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
DORES NO QUADRIL	
DORES NO QUADRIL	

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-		74002449		CABECAS FEMORAIS METALICAS - 00-8018-032-02		_		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
80044680325				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
3- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
4- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
5- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
6- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 21/06/2024 / Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

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