

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 93122662	4 - Senha 93122662	5 - Data da Autorização 09/11/2023 11:06	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93122662
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1470000002106590	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

GUSTAVO DE SOUZA YAMAMOTO

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

PACIENTE COM LESAO EM RAMPA MENISCAL, COM INDICAÇÃO DE SUTURA DO MENISCO.

AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

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- 00 80083650084	78891353	SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234241-090 - SUTURFIX, ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3		
2- 03112993 80356139021		GANCHO COMPRESSAO SUTURA KNEEPASS 747050100 - RZK ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		
3- <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"/>
5- <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"/>

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 09/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização