



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

2 - Nº

90100025

| | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Numero Guia Referenciada 90100025 | 4 - Senha 90100025 | 5 - Data da Autorização 07/02/2023 16:27 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90100025 |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|---|
| 7 - Numero da Carteira 0050000003896270 | 8 - Nome ANTONIA CLARICE DOS REIS |
|---|---|

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante TOMAS SEIBEL | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|---|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

| |
|--|
| 12 - Justificativa técnica SOLICITO ACRESCIMO DE OPM SOLICITO ACRESCIMO DE OPM |
|--|

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- 00 | 73997463 | HASTES FEMORAIS NAO CIMENTADA - 00-7711-009-20 | | 1 | | 1 | |
| 80044680304 | | ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT | | | | | |
| 2- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| |
|---|
| 25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 04753294900 em 07/02/2023 / Empresa / Titular: ANTONIA CLARICE DOS REIS |
|---|

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