

Unimed A

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME 2 - Nº Guia no Prestador

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Referenciada | | 4 - Senha | | 5 - Data da Autorização | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora |
|--|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------|---|
| 343269 | | 91373757 | | 91373757 | 30/05/2023 11:11 | 91373757 |
| Dados do Beneficiário | | | | | | |
| 7 - Número da Carteira 29 - Nome Social | | | | | | |
| 3352046004504004 | | | | | | |
| 8 - Nome | | | | | | |
| HELIO FERREIRA DE SIQUEIRA FILHO | | | | | | |
| Dados do Profissional Solicitante | | | | | | |
| 9 - Nome do profissional solicitante 10 - Telefone | | | | | 1 - E-mail | |
| ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | | | | | | |
| Dados da cirurgia | | | | | | |
| 12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM | | | | | | |
| 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 Mate | | 22 - Referência do mate | | 23 - Nº Autorização | de Funcionamento | |
| 1- 00 70530815 | PAI | | FRUCAO LIGAMENTAR (ESTERILIZADO) - 3 | | , | _ 1 |
| 10209780026 2- | | ARTHROM COMER | CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA | | | |
| ²⁻ | - | | | | | _ |
| 3- | _ _ _ _ | 1-1-1-1-1-1-1- | | | | _ |
| | | | | | | |
| 4- _ | _ _ _ | | | | _ _ _ , | _ |
| | | | | | _ _ _ _ | _ _ |
| 5- _ | | | | | _ _ _ , | _ _ _ , _ |
| | | | | | _ _ _ _ | |
| 6- _ | _ _ _ | | | | _ | |
| | | | | - | _ _ _ _ | |
| 24 - Especificação do Material | | | | | | |
| 25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 30/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED MEIO OESTE CATARINENSE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO | | | | | | |
| TOIGNING CONTRACTOR OF EMPLIED CONTRACTOR OF THE | | | | | | |
| | | | | | | |
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Pr | ofissional Solicitante | | 28 - Assinatura do | Responsável pela Autorização | |
| | II . | | | | | |