

Ayrton Senna Da Silva Londrina - PR CEP 86050-460 Fone: (43)3375-6161 www.unimedlondrina.com.br

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

2 - N° 000095616878

Atend. 0000000-00

Pág.: 2 de 2

	1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada 000095616878	4 - Senha 000095616878		5 - Data da Autorização 03/07/2024	6 - Número da Guia At 00009561687	tribuído pela Operadora <b>78</b>
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira 9750000006992628 - Titu	ılar	8 - Nome MARLENE MARTINEZ DE REZENDE					
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do Profissional Solicitante 10 - Telefone 11 - E-mail							
WALTER TAKI							
Dados da Cirurgia							
12 - Justificativa Técnica cfme pedido anexo Soltura de protese de qua	dril e desgaste						
	Town Dallards						
Dados da Execução / Procedimentos e 13 - Tabela 14 - Código do M	Aaterial 15 - Descrição		16 - /	Opção 17 - Qtde. Solicitad	da 18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material	•	ncia do material no fabricante		3 - Nº Autorização de Funcion		15 Qual Matomizada	20 Valor Ormanio Matorizado
00 77704185		TE ACETABULAR METAL TRABECULAR EM TANTA			.1	1	_ _ , _ ,
80044680289  _ _     _ _ _ _	ARTHRO 	OM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLT	ida <u> </u> I_I	_ _ _ _ _	_ _ _  	_ _ _	_ _ ,
,   _   _   _   _   _   _   _	- - -   - -	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1_1	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _	<u> - - - - </u>  -  - - - - - - - - - - -	_ _	_ _ , _ , _
,   -   -   -   -   -   -   -   -   -	-  	<u> - - - - - - - - - - - - - - - - - - -</u>			<b>1−1      </b>		
- -	.!_!_!			_1_1_1_1_1_1_1_1_	- - - -   - - - -   - - - -	_ _	_ _ , _ ,
- -   - - - -	.I_I_I I					_ _ _	_ _ ,
	. _ _	<u></u>		- - - - - - - -   <sub>-</sub>  -	_   _   - - - - -	_ _ _	_ _ , _
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa  Protocojo: 31272020240627874583 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM, DR WALTER TAKI MÉDICO NÃO COOPERADO **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTÃO. HONORÁRIOS MÉDICOS POR CONTA DO CLIENTE. **  Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA							
26 - Data da Solicitação 27/06/2024	27 - Assinatura do Profissio	onal Solicitante		28 - Assinatura do Respons	sável pela Autorização		