

[illegible]



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

2 - N°

89951490

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89951490	4 - Senha 89951490	5 - Data da Autorização 25/01/2023 14:31	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora 89951490
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0050000041792249	8 - Nome REINER DA SILVA PRADO
---	--

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
dor no quadril direito exame demostra lesao labral
dor no quadril direito exame demostra lesao labral

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	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		2			
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1			
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-	74683101	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 11 70 85 CANULA COM		2			
80777280003		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	00241202	TROCATER ARTROSCOPICO 8,25X90MM PARTRO009		1			
80371250020		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5- 00	00612103	EQUIPO BOM INFUSAO ARTROBOMBA AEQU02		1			
81130100006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 06812416916 em 25/01/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

<p>26 - Data da Solicitação</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>			<p>27 - Assinatura do Profissional Solicitante</p>	<p>28 - Assinatura do Responsável pela Autorização</p>
--	--	--	--	--