



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

2 - Nº

1 - Registro ANS 343269	3 - Número Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário		8 - Nome Silviana de Souza					
7 - Número da Carteira							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solicitante		10 - Telefone	11 - E-mail				
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica Solicite acessórios de material							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela	14 - Código do Item	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtd. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtd. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do material	22 - Referência do material no fabricante						
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parafusos ortopedicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ferr. ARTRUOM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 - Observações / Justificativa							
26 - Data da Solicitação							
27 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Marcos Cajueiro Fernandes Ortopedia e Traumatologia CRM 28835							
28 - Assinatura do Responsável pela Autorização							