

[illegible]



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

2 - Nº

89635589

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89635589</b>	4 - Senha <b>89635589</b>	5 - Data da Autorização <b>19/12/2022 16:09</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89635589</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>3324410000009019</b>	8 - Nome <b>SONIA MARIA DOS SANTOS CORTEZ</b>
---	--

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica SEGUE PEDIDO MÃ%ºDICO EM ANEXO SEGUE PEDIDO MÃ%ºDICO EM ANEXO Conforme parecer da Unimed de Origem desfavoravel a Broca Shanon nao e padronizada em Londrina pois e especifica para tecnica que nao esta prevista no Rol de cobertura minima da ANS. Demais autorizados.
--

## 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	00193178	FIO KIRSCHNER 0,8X300MM 40012300080		1		1	
10223680050							
2- 00	75607522	PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES FR		2		2	
81118460005		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-							
4-							
5-							
6-							

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

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 06827478904 em 19/12/2022 /Conforme parecer da Unimed de Origem desfavoravel a Broca Shanon nao e padroniza da em Londrina pois e especifica para tecnica que nao esta prevista no Rol de cobertura minima da ANS. Demais autorizados. / Empresa / Titular: UNIMED CACADOR TR ABALHO MEDICO DA REGIAO CONTESTADO
--

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