

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92440500	4 - Senha 92440500	5 - Data da Autorização 05/09/2023 13:55	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92440500
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 9750000016276550	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome

MARIA DE LOURDES VALERIO DA SILVA

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante JULIO CESAR BORIN	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

DOR EM PÉ esquerdo COM INCAPACIDADE FUNCIONAL, AO EXAME FÍSICO QUEDA DA CABEÇA DE 4º E 5º MTT DE PE ESQ.

DOR EM PÉ esquerdo COM INCAPACIDADE FUNCIONAL AO EXAME FÍSICO QUEDA DA CABEÇA DE 4º E 5º MTT DE PE ESQ

AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 31403123 EXPLORACAO CIRURGICA DE NERVO (NEUROLISE EXTERNA) MEDICO DE ACORDO

OPME Solicitadas

13 - Tabela 21 - Registro ANVISA do Material	14 - Código do Material	15 - Descrição 22 - Referência do material no fabricante	16 - Opção 23 - Nº Autorização de Funcionamento	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00 80005430110	70064547	BROCAS CIRURGICAS STRYKER - 1608002101-BROCA LATERAL SHAN	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2- 00 10171110015	00631000	FIO KIRSCHNER 1,0X300MM 1020-01-300	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	4	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<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 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3275-0200 / Emitido em 05/09/2023 / AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORAVEL AO PROCEDIMENTO 31403123 EXPLORACAO CIRURGICA DE NERVO (NEUROLISE EXTERN
A) MEDICO DE ACORDO / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização