

1 - Registro ANS 343269		3 - Número da Guia Referenciada 93191870		4 - Senha 93191870		5 - Data da Autorização 16/11/2023 11:43		6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93191870							
Dados do Beneficiário															
7 - Número da Carteira 0565423000085119				29 - Nome Social											
8 - Nome JULIAN HENRIQUE DELLAROZA BERALDI															
Dados do Profissional Solicitante															
9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ				10 - Telefone			11 - E-mail								
Dados da cirurgia															
12 - Justificativa técnica DOR + INSTABILIDADE ANTERIOR JOELHO ESQUERDO. COMPLEMENTO DE MATERIAL AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM															
OPME Solicitadas															
13 - Tabela		14 - Código do Material		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		70530815		PARAFUSO PARA RECONSTRUCAO LIGAMENTAR (ESTERILIZADO) - 3		<input type="text"/>		1		<input type="text"/>		1		<input type="text"/>	
10209780026				ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA		<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>	
2- <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"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3- <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"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4- <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"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
5- <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"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
6- <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"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
24 - Especificação do Material															
25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 16/11/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CUIABA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO															
26 - Data da Solicitação		27 - Assinatura do Profissional Solicitante				28 - Assinatura do Responsável pela Autorização									