

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Número da Guia Referenciada <b>92834363</b>	4 - Senha <b>92834363</b>	5 - Data da Autorização <b>13/10/2023 09:21</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>92834363</b>
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira <b>9750000011045739</b>	29 - Nome Social
---	------------------

## 8 - Nome

**LUIZ HENRIQUE CARVALHO DE OLIVEIRA**

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>MARCUS VINICIUS DANIELI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO  
INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO

## 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- <b>00</b> <b>80044680085</b>	<b>00597007</b>	<b>PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CAB ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>
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"/>
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"/>

## 24 - Especificação do Material

## 25 - Observação / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 13/10/2023 / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

## 26 - Data da Solicitação

## 27 - Assinatura do Profissional Solicitante

## 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização