

[illegible]



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

2 - Nº

90168832

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 90168832	4 - Senha 90168832	5 - Data da Autorização 14/02/2023 07:38	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 90168832
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 0320000075777576	8 - Nome JESSICA FERNANDA MORESCO
---	---

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL MAURICIO BELETATO	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica
HALLUS VALGO C/ METATARSALGIA
HALLUS VALGO C/ METATARSALGIA
AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCEDIMENTO 30731127 TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES - Reenviar com retorno do questionado ao medico assistente no aviso de divergencia em anexo

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	75607298	PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES FR	4			4	
81118460005		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 06677768937 em 14/02/2023 /AUTORIZADO PARCIAL CONFORME UNIMED DE ORIGEM. REFERENTE AO PROCE
DIMENTO 30731127 TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES - Reenviar com retorno do questionado ao medico assistente no aviso de divergencia em anex
o. DESFAVORAVEL AOS OPME BROCAS CIRURGICAS STRYKER + BROCA PERCUTANEA WEDGE - Material nao autorizado uma vez que existe a apresentacao per
manente do material (reprocessavel), sendo considerado incluso em taxa de sala do Centro Cirurgico. Material nao normatizado para liberacao e pagamento pela Unimed

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