

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

2 - Nº Guia no Prestador

91988707

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 91988707	4 - Senha 91988707	5 - Data da Autorização 26/07/2023 10:28	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 91988707
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0320000082872767	29 - Nome Social
---	------------------

8 - Nome MARIA GORETE NICOLETTE PEREIRA

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM TROCA DE OPME ***** Microserra - INSTRUMENTAL INCLUSO EM TAXA *****
--

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 80356130167	74401602	NITFIX RAZEK - 500100030 - NITFIX RAZEK 1,5X11X10X10 (AGS 11-10-10 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<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 26/07/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM TROCA DE OPME ***** Microserra - INSTRUMENTAL INCLUSO EM TAXA ***** / Empresa / Titular: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MEDICOS

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