

| | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 93589242 | 4 - Senha 93589242 | 5 - Data da Autorização 26/12/2023 09:18 | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 93589242 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|------------------|
| 7 - Número da Carteira 0970000009766604 | 29 - Nome Social |
|---|------------------|

8 - Nome

NEURACY CALEGARI AQUARONI

Dados do Profissional Solicitante

| | | |
|--|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ | 10 - Telefone | 11 - E-mail |
|--|---------------|-------------|

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica

INDICAÇÃO CLÍNICA EM ANEXO

INDICAÇÃO CLÍNICA 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- 00 80044680258 | 75999714 | INSERTO ARTICULAR DE POLIETILENO SEM RESTRICAO FIXO - 00-597 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 26/12/2023 / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

26 - Data da Solicitação

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização