

[illegible]



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

2 - Nº

89588141

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89588141</b>	4 - Senha <b>89588141</b>	5 - Data da Autorização <b>14/12/2022 14:02</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89588141</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>1067406110596008</b>	8 - Nome <b>JOSE TAVARES DA SILVA</b>
---	--

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>FERNANDO TAKAO CINAGAVA</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
3 ancoras juggerknot // 2 laminas de shaver // 1 radiofrequencia bipolar // 1 guia flexivã© para sutura de manguito rotador - cotar para arthrom  
solicitaã§Ã£o de cirurgia de ombro esquerdo  
CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO

## 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	78890578	ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN		3		3	
80083650087		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		2		2	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3-	101068301	CANULA DISSECTORA BIPOLAR RF - ELBART007 - ART BEVEL 3,0		1		1	
80743230075		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	00596221	GUIA FLEXIVEL PASSADOR SUTURA ESTERIL EXXOFLEX EP/ES I 226M		1		1	
80743230002		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5-							
6-							

## 24 - Especificação do material

## 25 - Observações / Justificativa

Telefone Contratado: / Emitido Por: 08251072964 em 14/12/2022 /CONFORME PARECER DA UNIMED DE ORIGEM AUTORIZADO / Empresa / Titular: UNIMED PORT  
O VELHO SOCIEDADE COOPERATIVA MEDICA LTDA

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