

07/02/2024

Ayrton Senna Da Silva Londrina - PR CEP 86050-460 Fone: (43)3375-6161

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

2 - N° 000094000681

Atend. 0000000-00

	www.unimedlondrina.com.br						
	1 - Registro ANS <b>343269</b>	·		681	5 - Data da Autorização 16/02/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000094000681	
ados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		8 - Nome					
0021932200179004 - Titular ROBSON SGOBERO							
ados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do Profissional Solicitante		10	O - Telefone	11 - E-mail			
WALTER TAKI							
ados da Cirurgia							
DORES EM QUADRIL, EVOLU	INDO COM IMPOT	FÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PA	KRA DEMABULAR E FAZE	R ATIVIDADES DIÁRIAS			
pados da Execução / Procedimentos e Ex	ames Realizados						
13 - Tabela 14 - Código do Mate	-				e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solicitado	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Material		ncia do material no fabricante		23 - Nº Autorização d			
00 00506605 80005430445		SSEO RADIOPACO SIMPLEX DOSE TOTA OM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPED		_  	2  - - - - -	.  2	_ _ , _
00 00613282		SE PELICULA ADESIVA INCISIONAL 49		_ - - - - -	2	.  2	_ _ , _
80804050002 00 00642339	_ _ _   CONJUNTO	_ _ _ _ _ _ _  CIMENTACAO POR PRESSURIZACAO 80	_ _ _ _ _ _ _ _ -  5002	- - - -  - - - - -	_ _ _ _    2	1	_ _ ,
80743230039	ARTHRO	OM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPE	DICOSLTDA	.  _ _ _ _ _	_ _ _ _		
00 00660108 81207919001		VAGEM OSRON PULSE 2500D-DPL-STO DM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPED		<u>- </u> 	1  - - - · - -  - - - - -	.  '	_ _ , _
00 73984736		POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTR		1_1	1	.  1	_ _ _ , _
80044680259 00 73996475		OM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEE ORAIS CIMENTADAS - 00-8114-002-10		_ - - - - -	1  - - - - - -	.  1	_ _ , _
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa Protocolo: 335690202402099210	995 Telefone Contrat:	ado: (43)3378-1000 / **GUIA VÁLIDA SOME!	TITE P/AS DESPESAS HOSPI	TALARES E ANESTESISTA DE	PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POF	CONTA DO CLIENTE.**	
Empresa / Titular: UNIMED CAMF		DE TRABALHO MEDICO			lo Responsável pela Autorização		
20 Data da Jonottação 27		ona. consituinte		1 1 20 - Assiriatura 0	io mosponsavoi poia natorização		