





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

2 - Nº

89916920

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89916920</b>	4 - Senha <b>89916920</b>	5 - Data da Autorização <b>23/01/2023 10:54</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89916920</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>0050000057562299</b>	8 - Nome <b>NILO REGIS DEPES</b>
---	-------------------------------------

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>MAURICIO RODRIGUES MIYASAKI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica dor no quadril esquerdo exame demonstra artrose avançada dor no quadril esquerdo exame demonstra artrose avançada
--

## 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- <b>00</b>	<b>74319035</b>	<b>COMPONENTE FEMORAL PARA QUADRIL NAO CIMENTADO ZIMMER - 0</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>80175510040</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <b>00</b>	<b>74898957</b>	<b>CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA A</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>80044680269</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <b>00</b>	<b>71802398</b>	<b>ACETABULOS CIMENTADOS ZIMMER - 00-6250-065-20 - PARAFUSO ACE</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>80023450092</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <b>00</b>	<b>74003976</b>	<b>CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-028-02</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>80044680330</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <b>00</b>	<b>72397888</b>	<b>CIMENTO OSSEO PARA ORTOPEDIA G1 VISCOSIDADE STANDARD - G2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>
<b>10243070062</b>	<b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT</b>	<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"/>
<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 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 06812416916 em 23/01/2023 / Empresa / Titular: CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA
--

26 - Data da Solicitação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---