

## 2 - Nº Guia no Prestador

Unimed A

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

- 1	3 - Número da Guia Referer	nciada	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuíd	o pela Operadora
343269		90799810		90799810	11/04/2023 10:35		90799810
Dados do Beneficiário							
7 - Número da Carteira		29 - Nome Social					
097000009349574							
8 - Nome							
SHEILA CRISTINA DE SOUZA							
Dados do Profissional Solicitante							
9 - Nome do profissional solici			10 - Telefone	11	I - E-mail		
CESAR EDUARDO CASTRO FERREIRA MARTINS							
Dados da cirurgia							
12 - Justificativa técnica FORNECEDOR CIRUSIL CONFIRMOU QUE NÃO TEM O MATERIAL EM QUESTÃO. FAVOR TROCAR PARA ARTHROM TROCA DE FORNECEDOR AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM							
OPME Solicitadas							
13 - Tabela 14 - Código do M		Descrição			e. Solicitada 18 - Valor Unitário Solic	itado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
21 - Registro ANVISA do Mate 1- <b>00 00157554</b>		22 - Referência do mater	rial no fabricante POROSA ABSORVIVEL - ENXERTO GRANUL	23 - Nº Autorização	de Funcionamento		
10405720001	ПА		CIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA	_		_  2	_ _ , _
2-	11111	7.11.11.11.01.11.00.11.21.11	710 52 IIII 27111 2001(10. 2510002157)			_	_ ,
					_	_ll	1
3-	_				_	_	,
	_ _ _				_	_	
4-   _	_ _ _ _				_	_ _	,
	_ _ _				_ _ _ _		
5-          _    1	_				_	_	,
	<del></del>	IIIIII				 -	_ _ ,
					_, _ _ _ _ _	 _	1-1-1-1-1/1-1-1
24 - Especificação do Material							
25 - Observação / Justificativa							
Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 11/04/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO							
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Pi	rofissional Solicitante		28 - Assinatura do	Responsável pela Autorização		