

[illegible]



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

2 - Nº

90221726

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>90221726</b>	4 - Senha <b>90221726</b>	5 - Data da Autorização <b>17/02/2023 09:55</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>90221726</b>
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>9700020008262041</b>	8 - Nome <b>LUCIANA DE SOUZA FREITAS</b>
---	---

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>LUCAS DA FONSECA BORGHI</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
--	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica  
paciente com sinal do ligamento cruzado , com efusao sinovial , intra articular com lesao condral patelofemorol com rup de menisco lateral e derrame articular no joelho direito  
videoartroscopia joelho direito  
01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar 01 CAPA- incluso em taxa//AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM

## 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	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		1		1				
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT								
2- 00	00110116	CANETA PARA ABLACAO RF CAP SH 90 200		1		1				
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT								
3-										
4-										
5-										
6-										

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa  
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 84210907987 em 17/02/2023 /01 EQUIPO 4 VIAS - pago em conta hospitalar 01 CAPA- incluso em taxa//AUTORIZAD  
O CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DE SAO PAULO CONFEDERACAO ESTADUAL COOPERATIVAS MEDICAS

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