

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 92391193	4 - Senha 92391193	5 - Data da Autorização 31/08/2023 11:21	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 92391193
-----------------------------------	--	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 9750000017125645	29 - Nome Social

8 - Nome
EDSON TOCHIYUKI KOAKUTSU

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica	
OK	
EM ANEXO	
AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM	

OPME Solicitadas															
13 - Tabela		14 - Código do Material		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-		74003925		CABECAS FEMORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8775-036-02		_		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _		1		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
80044680330		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
3- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
4- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
5- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	
6- _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _				_ _ _ _ _ _ _ _ _	

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido em 31/08/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

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