



(\*) Autorizo aos prestadores dos serviços anexar fatura da cobrança das despesas resultantes da minha internação, cópias do prontuário médico, bem como quaisquer outros documentos, com fins de possibilitar análise pelo setor médico da Hapvida

## OPM Solicitados

	39 - Tabela	40 - Código OPM	41 - Descrição do OPM	42 -	43 - Fornecedor	44 - Valor
01		99870358	ANCORA MONTADA	2	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$850.00
02		99834827	CANULA P/ ARTROSCOPIA	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$290.00
03		99887176	LAMINA DE SHAVER	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$600.00
04		99834790	PONTEIRA DE RADIO FREQUENCIA	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$850.00
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						