

[illegible]



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

2 - Nº

89547664

|                                   |   |                              |  |  |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Numero Guia Referenciada<br><b>89547664</b> | 4 - Senha<br><b>89547664</b> | 5 - Data da Autorização<br><b>10/12/2022 10:31</b> | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br><b>89547664</b> |
|-----------------------------------|---|------------------------------|--|--|

## Dados do Beneficiário

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 7 - Numero da Carteira<br><b>0050000010024592</b> | 8 - Nome<br><b>TIOKO KICOMOTO</b> |
|---|-----------------------------------|

## Dados do Profissional Solicitante

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

## Dados da cirurgia

|  |
|--|
| 12 - Justificativa técnica<br>dor no quadril direito rx demonstra artrose avançada<br>dor no quadril direito rx 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>73983683</b><br><b>80044680259</b>    | <b>ACETABULO POLIETILENO IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-87</b>   | <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b> | <input type="checkbox"/> | <b>1</b>                 | <input type="checkbox"/>       | <b>1</b>                 | <input type="checkbox"/>       |
| 2- <b>74898957</b><br><b>80044680269</b>    | <b>CUPULA ACETABULAR METALICA ZIMMER - 00-6200-048-20 - CUPULA A</b> | <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b> | <input type="checkbox"/> | <b>1</b>                 | <input type="checkbox"/>       | <b>1</b>                 | <input type="checkbox"/>       |
| 3- <b>73226513</b><br><b>10223710073</b>    | <b>FIO PARA SUTURA E SINTESE OSSEA - CABO PARA CERCLAGEM COM</b>     | <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b> | <input type="checkbox"/> | <b>1</b>                 | <input type="checkbox"/>       | <b>1</b>                 | <input type="checkbox"/>       |
| 4- <b>74972308</b><br><b>80044680328</b>    | <b>CABECAS FEMORAIS METALICAS - 32-8018-022-20 - CABECA FEMORAL</b>  | <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b> | <input type="checkbox"/> | <b>1</b>                 | <input type="checkbox"/>       | <b>1</b>                 | <input type="checkbox"/>       |
| 5- <b>00 72886749</b><br><b>80044680371</b> | <b>PROTESE FEMURAL PARA QUADRIL SEM CIMENTO - 100101914</b>          | <b>ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES</b> | <input type="checkbox"/> | <b>1</b>                 | <input type="checkbox"/>       | <b>1</b>                 | <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"/>       |

|                                |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do material |
|--------------------------------|

|  |
|--|
| 25 - Observações / Justificativa<br>Telefone Contratado: (43)3315-2000 / Emitido Por: 06812416916 em 10/12/2022 / Empresa / Titular: SINSEI KICOMOTO |
|--|

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