

[illegible]



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

2 - Nº

89948894

1 - Registro ANS 343269	3 - Numero Guia Referenciada 89948894	4 - Senha 89948894	5 - Data da Autorização 25/01/2023 11:37	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 89948894
-----------------------------------	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira 1580000008803177	8 - Nome MIGUEL JORGE MERGULHAO MATEUS
---	--

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	10 - Telefone	11 - E-mail
---	---------------	-------------

Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO AUTORIZADA 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	78890578	ANCORA FLEXIVEL COM APLICADOR DESCARTAVEL - 0114021-013 - AN		1			
80083650087		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	71502718	ANCORAS FLEXIVEIS JUGGERKNOTTM - 912015 ANCORA FLEXIVEL JU		3			
80044680086		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		2			
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4- 00	00116700	CANETA ABLACAO RF STRIPED 90 GRAUS 200MM CAP ST 90 200		1			
80743230025		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
5- 00	70917540	CANULA PARA ARTROSCOPIA SETORMED - 009 12 90 85 CANULA COM		1			
80777280003		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
6- 19	78891361	SUTURA CIRURGICA AGULHADA SUTURFIX - 0234241-075 - SUTURFIX,		1			
80083650084		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					

24 - Especificação do material

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 25/01/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CASCAVEL
--

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