



(*) 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		99887176	LAMINA DE SHAVER	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$600.00
02		99923077	PARAFUSO DE INTERFERENCIA	2	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$720.00
03		99891714	PLACA ENDOBOTTON	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$860.00
04		99901241	SUTURADOR DE MENISCO	1	CARE DISTRIB PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES	\$900.00
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						