



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

2 - Nº Guia no Prestador 95013946

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 95013946	4 - Senha 95013946	5 - Data da Autorização 06/05/2024 14:54	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora 95013946
----------------------------	---	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário	
7 - Número da Carteira 0970000009353210	29 - Nome Social
8 - Nome ILDEMAR ANTONIO LAZARINI DA SILVA	

Dados do Profissional Solicitante		
9 - Nome do profissional solicitante JULIO CESAR BORIN	10 - Telefone	11 - E-mail

Dados da cirurgia	
12 - Justificativa técnica PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO DE HALUX DIREITO COM PIORA A REALIZAÇÃO DE MOVIMENTOS APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO DE ARTICULAÇÃO DE 1 MTTF COM DOR A HIPEREXTENSAO ASSOCIADO A PARESTES PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO DE HALUX DIREITO COM PIORA A REALIZAÇÃO DE MOVIMENTOS APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO DE ARTICULAÇÃO DE 1 MTTF COM DOR A HIPEREXTENSAO ASSOCIADO A PARESTES	

OPME Solicitadas					
13 - Tabela	14 - Código do Material	15 - Descrição	16 - Opção	17 - Qtde. Solicitada	18 - Valor Unitário Solicitado
21 - Registro ANVISA do Material		22 - Referência do material no fabricante	23 - Nº Autorização de Funcionamento	19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado
1- 00	75607298	PARAFUSOS DE COMPRESSAO CANULADO PEQUENOS E GRANDES F	2	2	
81118460005		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEDICOSLTDA			
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa Telefone Contratado: (43)3275-0200 / Emitido em 06/05/2024 / Empresa / Titular: UNIMED REGIONAL MARINGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO		
---	--	--

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