

[illegible]



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

2 - Nº

89741545

1 - Registro ANS <b>343269</b>	3 - Numero Guia Referenciada <b>89741545</b>	4 - Senha <b>89741545</b>	5 - Data da Autorização <b>05/01/2023 10:11</b>	6 - Número da Guia atribuído pela Operadora <b>89741545</b>
-----------------------------------	-------------------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

## Dados do Beneficiário

7 - Numero da Carteira <b>8550970061739104</b>	8 - Nome <b>MARCOS LETAIF GAETA</b>
---------------------------------------------------	----------------------------------------

## Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do profissional solicitante <b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b>	10 - Telefone	11 - E-mail
------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------

## Dados da cirurgia

12 - Justificativa técnica INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO DOR+ INSTABILIDADE SEM MELHORA TTO CLINICO 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	00590045	LAMINA PARA SHAVER SETORMED - 001030306		2		2	
80777280006		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
2- 00	70627657	PLACA ENDOBOTTON PARA LIGAMENTO ENGIMPLAN - 102.70011 PLAC		1		1	
10208610040		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
3- 00	00597007	PARAFUSO INTERFERENCIA REABSORVIVEL GENTLE THREADS CABE		1		1	
80044680085		ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT					
4-							
5-							
6-							

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

25 - Observações / Justificativa Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido Por: 76879089968 em 05/01/2023 /AUTORIZADA CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CENTR O OESTE PAULISTA FED INTRAFEDERATIVA COOPERATIVAS MEDICAS
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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