

Ayrton Senna Da Silva Londrina - PR CEP 86050-460 Fone: (43)3375-6161

www.unimedlondrina.com.br

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

2 - Nº 000094499896 Atend. 0000000-00

Pág.: 2 de 2

	1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada 000094499896		4 - Senha 000094499896		5 - Data da Autorização <b>25/03/2024</b>		6 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 000094499896	
ados do Beneficiário								
7 - Número da Carteira	8	s - Nome						
0050000039973576 - Titula	ır	SEBASTIAO RONALDO DA SILVA	A					
ados do Profissional Solicitante								
9 - Nome do Profissional Solicitante		10	- Telefone	11 - E-mail				
WALTER TAKI								
ados da Cirurgia								
12 - Justificativa Técnica DORES EM QUADRIL DORES EM QUADRIL								
ados da Execução / Procedimentos e Ex 13 - Tabela 14 - Código do Mate				16 - Opção 17	' - Otde. Solicitada 18 - Valor Unitário Solici	tado 19 - Qtde. Autorizada	20 - Valor Unitário Autorizado	
21 - Registro ANVISA do Material	•	do material no fabricante		• • •	ração de Funcionamento	tado 17 - Qide. Adionzada	20 - Valor Officano Autorizado	
00 74004018		RAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-87	775-028-01	_	1  - - - - -	_ _  1	_ _ , _	
80044680330 00 74898680		COMERCIO DE IMPLANTESORTOPED FEMORAL PARA QUADRIL CIMENTAD		- - -	_ _ _ _ _ 1	1	_ _ ,	
80044680261	ARTHROM (	COMERCIO DE IMPLANTESORTOPED	OICOSLTDA	- - -	_ _ _ _			
00 74900994 80044680269		BULAR METALICA ZIMMER - 00-6200 COMERCIO DE IMPLANTESORTOPED		_	1  - - - , -	_ _  1	_ _ , _	
	- -			_		_ _	_ _ , _	
- - - - - - - - - -   - -	- -	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _  	- - - -   -		_ _	_ _ _ ,	
,   _   _   _   _   _   _   _   _   _		_ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _	_ _	_ _ ,	
1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-					_ _ _	-1-1-1	1-1-1-11-1	
24 - Especificação do Material								
25 - Observação / Justificativa	(42)2270 1000 / ****	********GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA I	DESDESAS HOSDITALADES	E ANIESTESISTA // LIONA		EDA DOD CONTA DO CLUENZ	E**********	
(2X) 00613282 - OPSITE INCISE	PELICULA ADESIVA INC	ISIONAL 4989 - AUTORIZADO PARA PAGA	MENTO AO PRESTADOR E	M CONTA HOSPITALAR. *	UKAKTO DO MEDICO NAO COOPERADO S	ERA PUR CUNTA DU CLIENT	E AO MAT	
Empresa / Titular: SEBASTI AO Ro	ONALDO DA SILVA							
26 - Data da Solicitação 27	- Assinatura do Profissional	Solicitante		28 - Assina	atura do Responsável pela Autorização			
21/03/2024								