

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 000094000681 Atend. 0000000-00

Pág.: 2 de 2

|  | 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Referenciada <b>000094000681</b>                  |               | 4 - Senha<br>000094000681 |                  |                            | 5 - Data da Autorização<br>16/02/2024   |                       | 6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000094000681 |  |
|--|-----------------------------------|--|---------------|---------------------------|------------------|----------------------------|---|-----------------------|--|--|
| Dados do Beneficiário  |                                   |  |               |                           |                  |                            |   |                       |  |  |
| 7 - Número da Carteira 8 - Nome ROBSON SGOBERO   |                                   |  |               |                           |                  |                            |   |                       |  |  |
| Dados do Profissional Solicitante  |                                   |  |               |                           |                  |                            |   |                       |  |  |
| 9 - Nome do Profissional Solicitante   |                                   |  | 10 - Telefone |                           | 11 - E-mail      |                            |   |                       |  |  |
| WALTER TAKI  |                                   |  |               |                           |                  |                            |   |                       |  |  |
| Dados da Cirurgia  |                                   |  |               |                           |                  |                            |   |                       |  |  |
|  |                                   | ÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PA<br>ÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PA |               |                           |                  |                            |   |                       |  |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados  |                                   |  |               |                           |                  |                            |   |                       |  |  |
| 13 - Tabela 14 - Código do Ma  |                                   |  |               |                           |                  | Opção 17 - Qtde. Solici    |   | 19 - Qtde. Autorizada | 20 - Valor Unitário Autorizado                           |  |
| 21 - Registro ANVISA do Material O0 74004379   |                                   | ncia do material no fabricante                                       | 775 022       | 02                        | 23               | 3 - Nº Autorização de Func |   | 1                     |  |  |
| 80044680330  | ∆RTHR∩                            | MORAIS DE CERAMICA ZIMMER - 00-8'<br>IM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEI | DICOSETI      | ΠΔ                        | _                | _ _ _ _                    | 1  - - -  <sub>-</sub>  - - <br>- - - - |                       | _ _ , _  |  |
| 00 74900994<br>80044680269   |                                   | TABULAR METALICA ZIMMER - 00-620<br>MM COMERCIO DE IMPLANTESORTOPEI  |               |                           | _                |                            | 1                                       | 1                     | _ _ , _  |  |
|  | _ _                               | downersor be two extremes to   |               |                           |                  |                            | _ _ <br>_ _   _ _ _ , _                 | _ _ _                 | _ _ , _  |  |
|  | _ _ <br> - _                      |  | _ _ _ -       | - - - - -<br>             | - - - - -  -<br> | - - - - - - -              | _ _ _ _ <br>_                           | _ _ _                 | _ _ ,  |  |
|  | _ _ _                             | - - - - - - - - - - - - -  | _ _ _ _       | _ _ _ _ _                 | - - - - -        | _ _ _ _ _ _                | _\_\_\_ _ <br>                          | _ _ _                 | _ _ ,  |  |
| - -  | - - <br>                          | - - - - - - - -  | _ _ _         |                           |                  | _ _ _                      | _' _' _ _                               |                       |  |  |
|  | - -                               |  |               |                           |                  | _ .                        | _ _                                     | _ _                   | _ _ _  |  |
| 24 - Especificação do Material   |                                   |  |               |                           |                  |                            |   |                       |  |  |
| 25 - Observação / Justificativa Protocolo: 33569020240209921095 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE.** Empresa / Titular: UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO |                                   |  |               |                           |                  |                            |   |                       |  |  |
| 26 - Data da Solicitação<br><b>07/02/2024</b>  | 27 - Assinatura do Profissio      | onal Solicitante   |               |                           |                  | 28 - Assinatura do Resp    | onsável pela Autorização                |                       |  |  |