



1 - Registro ANS

13|5|5|1|5|1|

3 - Número da Guia Referenciada

2|8|0|4|2|0|8| | | | | | | | | |

4 - Senha

2|0|2|4|2|6|9|2|8|1| | | | | | | | | |

5 - Data da Autorização

1|7|/|0|5|/|2|0|2|4|

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

2|8|0|4|2|0|8| | | | | | | | | |

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

0|4|1|5|8|2|0|0|1| | | | | | | | | |

8 - Nome

WEILER MULLER JOSLIN

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante

Guilherme Jose Miyasaki Piovesana

10 - Telefone

4333720900

11 - E-mail

internacao@uniorte.com.br

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica

RUPTURA MENISCO MEDIAL

OPME Solicitadas

13 - Tabela	14 - Código do Material	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 - N° Autorização de Funcionamento				
1 - 1 1 9	7 8 4 1 0 5 9 2	LÂMINA PARA SHAVER SETORMED	1 1	1 1	5 1 0 1 0 0	1 1	5 1 0 1 0 0
	8 0 7 7 7 2 8 0 0 0 6						
2 - 1 1 9	7 8 2 0 1 1 1 1 0	Ponteiras de Radiofrequencia Para Cirurgia	1 1	1 1	1 1 2 0 0 1 0 0	1 1	1 1 2 0 0 1 0 0
3 -							
4 -							
5 -							
6 -							

24 - Especificação do Material

OPME SOLICITADO: 1 LAMINA SHAVER
1 RADIOFREQUENCIA
FORNECEDOR ARTHROM

25 - Observação / Justificativa

FAVOR LIBERAR CONFORME PEDIDO MEDICO EM ANEXO. 30733030 - ok,30733065 - ok,60034068 - ok,78201110 - ok,78410592 - ok

26 - Data da Solicitação

1|7|/|0|5|/|2|0|2|4|

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização