

## 90168574



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

1 - Registro ANS	3 - Numero Guia Referenciada	ı	4 - Senha		5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia atribuido pela Operadora
343269		90168574		90168574	14/02/2023 07:21	90168574
Dados do Beneficiário						
7 - Numero da Carteira 8 - Nome 8 - Nome						
0750000010083793 JOSE RODA						
Dados do Profissional Solicitante						
9 - Nome do profissional solicita	nte		10 - Telefone	11	- E-mail	
TOMAS SEIBEL						
Dados da cirurgia						
12 - Justificativa técnica SOLICITO ACRESCIMO DE OPM SOLICITO ACRESCIMO DE OPM AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM						
- ODME O. II. W. J.						
OPME Solicitadas	45	<u> </u>		10 0 ~ 17	21. 0 1: 1. 10 1/1 11 1/1: 0.1	
<ul><li>13 - Tabela 14 - Código do Ite</li><li>21 - Registro ANVISA do materi</li></ul>		Descrição	22 - Referência do material no fa		Qtde. Solicitada 18 - Valor Unitário Sol	icitado 19 - Qtde. Autorizada 20 - Valor Unitário Autorizado 23 - Nº Autorização de Funcionamento
1- 72886749	PRO	OTESE FEMURAL PAR	A QUADRIL SEM CIMENTO - 100101914	1 1 1	1 1 1 1 11	
80044680371			CIO DE IMPLANTESORT		'	
2- 73987905	٨٥		O IMPACTADO NAO RESTRITO ZIMMER - 00-87	 7     1		
	ACI			'          '		
80044680259	212		CIO DE IMPLANTESORT			
3- 00 72466723 SISTEMA DE QUADRIL DUAL MOBILITY - XL-200150: SUPORTE DUAL M   1             1						
80044680251 ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTESORT						_ _ _ _
4- 00 72466871	SIS	TEMA DE QUADRIL DU	IAL MOBILITY - 110024464: REVESTIMENTO AC	C    1	,	_ _  1
80044680251		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T                          </u>		I <sub>-</sub>	
5- <b>00 72208724</b>	SIS	TEMA NAO CIMENTAD	O PARA SUBSTITUICAO TOTAL DE QUADRIL	1	,	_ _  1  _ _ , _
80044680220		ARTHROM COMER	CIO DE IMPLANTESOR <u>T                                      </u>		I_	
6-						
24 - Especificação do material						
25 - Observações / Justificativa						
Telefone Contratado: (43)3378-1000 / Emitido Por: 04753294900 em 14/02/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED DO E STADO DO PARANA						
26 - Data da Solicitação	27 - Assinatura do Prof	issional Solicitante		28 - Assinatura do I	Responsável pela Autorização	
_ /  // _	.					