



2 - Nº **000095050257**
Atend. 0000000-00

Pág.: 2 de 2

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 000095050257	4 - Senha 000095050257	5 - Data da Autorização 13/05/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000095050257
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1470000001929940 - Titular	8 - Nome JAIR THOMAZINI
---	-----------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante WALTER TAKI	10 - Telefone	11 - E-mail	
--	---------------	-------------	---

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica
OPME
DORES EM QUADRIL, IMPOTENCIA FUNCIONAL

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

24 - Especificação do Material

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Protocolo: 35828220240508863510 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM. DESFAVORÁVEL AO OPME OPSITE INCISE PELICULA ADESIVA INCISIONAL - INCLUSO EM TAXA DE SALA. ***** DR WALTER TAKI MEDICO NÃO COOPERADO **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTÃO. HONORÁRIOS MÉDICOS POR CONTA DO CLIENTE. *****

26 - Data da Solicitação 08/05/2024	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---