



2 - Nº **000094026455**
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 2

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 000094026455	4 - Senha 000094026455	5 - Data da Autorização 19/02/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000094026455
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1170000001796923 - Titular	8 - Nome MARCELO MARTINEZ
---	-------------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante GUILHERME RUFINI ISOLANI	10 - Telefone	11 - E-mail	
---	---------------	-------------	---

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica
EM ANEXO
COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRATÁRIA

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

25 - Observação / Justificativa
Protocolo: Telefone Contratado: (43)3378-1000 / AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM*****GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA // HONORÁRIO DO MÉDICO NÃO COOPERADO SERA POR CONTA DO CLIENTE***** 01 x Lap Barrier - Material incluso em taxa hospitalar
Empresa / Titular: UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

26 - Data da Solicitação 08/02/2024	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---