



2 - Nº **000094479165**
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 000094479165	4 - Senha 000094479165	5 - Data da Autorização 21/03/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000094479165
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome
0050000040725432 - Dependente	ADELAIDE BATISTA DO NASCIMENTO

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica	COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRACTIVA AO TRATAMENTO ONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE COXARTROSE QUADRIL COM DOR REFRACTIVA AO TRATAMENTO ONSERVADOR E LIMITAÇÃO FUNÇÃO DO PACIENTE
----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Protocolo: Telefone Contratado: (43)3372-0900 / *****GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA // HONORÁRIO DO MÉDICO NÃO COOPERADO SERA POR CONTA DO CLIENTE*****
 Empresa / Titular: OTACILIO LUIZ DO NASCIMENTO

26 - Data da Solicitação 20/03/2024	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---