



2 - Nº 000093465204
Atend. 0000000-00


Pág.: 1 de 2

| | | | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS 343269 | 3 - Número da Guia Referenciada 000093465204 | 4 - Senha 000093465204 | 5 - Data da Autorização 14/12/2023 | 6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000093465204 |
|-----------------------------------|--|----------------------------------|--|--|

Dados do Beneficiário

| | |
|---|---|
| 7 - Número da Carteira 0050000035380368 - Titular | 8 - Nome PEDRO LUCIO DE ANDRADE NETTO |
|---|---|

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da Cirurgia

| |
|-------------------------------|
| 12 - Justificativa Técnica |
| paciente com dores em quadril |
| paciente com dores em quadril |

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

| |
|--------------------------------|
| 24 - Especificação do Material |
|--------------------------------|

25 - Observação / Justificativa

Protocolo: Telefone Contratado: (43)3378-1000 /
*****GUIA VÁLIDA SOMENTE PARA DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA // HONORÁRIO DO MÉDICO NÃO COOPERADO SERA POR CONTA DO CLIENTE*****
Empresa / Titular: PEDRO LUCIO DE ANDRADE NETTO

| | | |
|---|---|---|
| 26 - Data da Solicitação 11/12/2023 | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|---|---|---|