



2 - Nº **000094908814**
Atend. 0000000-00

Pág.: 2 de 2

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 000094908814	4 - Senha 000094908814	5 - Data da Autorização 26/04/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000094908814
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome
9759005004898004 - Titular	ROBERTO ORTIZ

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica
DORES EM QUADRIL EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL
DORES EM QUADRIL EVOLUINDO COM IMPOTENCIA FUNCIONAL

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

24 - Especificação do Material

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Protocolo: 31272020240425963947 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM ***** DR WALTER TAKI MÉDICO NÃO COOPERADO **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESIA DE PLANTÃO. HONORÁRIOS MÉDICOS POR CONTA DO CLIENTE. ** PLANO REGULAMENTADO.
Empresa / Titular: UNIMED DO ESTADO DO PARANA

26 - Data da Solicitação 25/04/2024	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---