



2 - Nº **000094000681**
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 2

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 000094000681	4 - Senha 000094000681	5 - Data da Autorização 16/02/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000094000681
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 0021932200179004 - Titular	8 - Nome ROBSON SGOBERO
---	-----------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

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

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica	<p>DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEMABULAR E FAZER ATIVIDADES DIÁRIAS</p> <p>DORES EM QUADRIL, EVOLUINDO COM IMPOTÊNCIA FUNCIONAL E DIFICULDADE PARA DEMABULAR E FAZER ATIVIDADES DIÁRIAS</p>
----------------------------	---

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

24 - Especificação do Material

25 - Observação / Justificativa

Protocolo: 33569020240209921095 Telefone Contratado: (43)3378-1000 / **GUIA VÁLIDA SOMENTE P/AS DESPESAS HOSPITALARES E ANESTESISTA DE PLANTAO. HONORÁRIOS MEDICOS POR CONTA DO CLIENTE.**
Empresa / Titular: UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

26 - Data da Solicitação 07/02/2024	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---