



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

Pág.: 2 de 2

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

### Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome
<b>1170000001796923 - Titular</b>	<b>MARCELO MARTINEZ</b>

### Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante <b>GUILHERME RUFINI ISOLANI</b>	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]

## 24 - Especificação do Material

## 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 SERÁ 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 <b>08/02/2024</b>	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---