



2 - Nº **000093857125**
Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 2

1 - Registro ANS 343269	3 - Número da Guia Referenciada 000093857125	4 - Senha 000093857125	5 - Data da Autorização 31/01/2024	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 000093857125
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 1820000003069541 - Titular	8 - Nome DENISE SANO
---	--------------------------------

Dados do Profissional Solicitante

9 - Nome do Profissional Solicitante	10 - Telefone	11 - E-mail	
RAFAEL LEITE DE PINHO TAVARES			

Dados da Cirurgia

12 - Justificativa Técnica
CFME ANEXO
DORES EM QUADRIL E IMPOTENCIA FUNCIONAL

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

[illegible]

25 - Observação / Justificativa
Protocolo: 35462720240126827501 Telefone Contratado: (43)3378-1000 Empresa / Titular: UNIMED CIANORTE

26 - Data da Solicitação 25/01/2024	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Responsável pela Autorização
---	---	---