

|                                   |  |                              |  |  |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1 - Registro ANS<br><b>343269</b> | 3 - Número da Guia Referenciada<br><b>91250872</b> | 4 - Senha<br><b>91250872</b> | 5 - Data da Autorização<br><b>19/05/2023 10:02</b> | 6 - Número da Guia atribuído pela Operadora<br><b>91250872</b> |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|--|

|   |                  |
|---|------------------|
| Dados do Beneficiário                             |                  |
| 7 - Número da Carteira<br><b>1470000002064420</b> | 29 - Nome Social |

|                              |
|------------------------------|
| 8 - Nome                     |
| <b>DAVI PIMENTA MENEGUCI</b> |

| Dados do Profissional Solicitante  |               |             |
|--|---------------|-------------|
| 9 - Nome do profissional solicitante<br><b>ALEXANDRE DE OLIVEIRA QUEIROZ</b> | 10 - Telefone | 11 - E-mail |

| Dados da cirurgia                    |  |
|--------------------------------------|--|
| 12 - Justificativa técnica           |  |
| INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO           |  |
| INDICAÇÃO CLINICA EM ANEXO           |  |
| AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM |  |

[illegible]

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

|   |
|---|
| 25 - Observação / Justificativa   |
| Telefone Contratado: (43)3372-0900 / Emitido em 19/05/2023 /AUTORIZADO CONFORME UNIMED DE ORIGEM / Empresa / Titular: UNIMED CORNELIO PROCOPIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO |

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| 26 - Data da Solicitação | 27 - Assinatura do Profissional Solicitante | 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização |
|--------------------------|---|---|