CLINIPAM MAIS SAUDE PRA VOCEI		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO								160451712	
1 - Registro ANS	3 - Data da Autoriz	3 - Data da Autorização			4 - Senha		5 - Data de Validade da Senha		6 - Data de Emissão da Guia		
ANS Nº 34078				*****		07/07/2024		05/04/2024			
DADOS DO BENEFICIÁRIO						1					
7 - Número da Carteira 0E6C8002492008				8 - Plano SMART REGIONAL HOS4			9 - Validade da Carteira	a			
10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde									
CELIA MARIA DE ALMEIDA TURMAN											
DADOS DO CONTRATADO											
12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF 4762301000375			13 - Nome do Con F	ntratado HOSPITAL DO CORACAC	DE LONDRINA LTD.	14 - Código CNES					
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - Conselho	o Profissional		17 - Número do	7 - Número do Conselho 18 - UF 19 - Código C			19 - Código CBO S	
MEDICO TRANSCRICAO CLINIPAM PR				CRM			999999 PF				
DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO											
20 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000375 21 - Nome do Prestador HOSPITAL DO) CORACAO DE LONDRINA LTDA				
2 - Caráter de Internação 23 - Tipo de Internação			ação			24 - Regime de	ime de		25 - Qtde. Diárias Solicitadas		
E E - Eletiva U - Urgência	E - Eletiva U - Urgência / Emergência _ 1 - Clínica 2 - Cirúrgica			stétrica 4 - Pediátrica	5 - Psiquiátrica	1 - Hospitalar	2 - Hospitalar-dia 3 - Domiciliar		1		
26 - Indicação Clínica HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS											
27 - Tipo de Doença 28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 29 - Indicação de Acidente 30 - CID 10 Principal 31 - CID 10 (2) 31 - CID 10 (3) 31 - CID 10 (4)											
L A - Aguda C - Crônica L - L A - Anos M - Meses D - Dias L 0 - Acidente ou doença relacionada ao 1 - Trânsito 2 - Outros 1 L L L L L L L L L											
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS 34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 38 - Qtde. Autor.											
			*								
2004 30731127 TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES null -											
OPM SOLICITADOS						40. 01.1	40 51: 1		4 1/ 1 11		
39 - Tabela	40 - Código do OPM			41 - Descrição	de OPM	42 - Qtde.			44 - Valor Unitário - R\$		
1 -								ļ_	—	- -	
2 -											
3 -						_ _				_ .	
4 - _									_ - - - - - - - - - - - - - - - - -		
5- _									_ .		
DADOS DA AUTORIZAÇÃO											
45 - Data Provavel da Admissão	46 - Qtde. Diárias Autorizadas 47 - Tipo de Acomodação A			utorizada 48 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000375		49 - Nome do Prestador Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE		50 - Código CNE\$			
51 - Observação											
C1 Oboditaguo											
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 53 - Data e				Assinatura do Beneficiário ou Responsavel (*)			54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				
							_ _				
(*) Autorizo aos prestadores dos serviços anexar fatura da cobrança das despesas resultantes da minha internação, copias do prontuário médico, bem como quaisquer outros documentos, com fins de possibilitar analise pelo setor médico da Hapvida											