CLINIPAM Mais saude Pra Vocêi		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO								No	164762417	
1 - Registro ANS	3 - Data da A	3 - Data da Autorização			4 - Senha *******		5 - Data de Validade da Senha 11/06/2024		6 - Data de	6 - Data de Emissão da Guia		
ANS Nº 3407	78-2	12/04/2024								26/04/2024		
DADOS DO BENEFICIÁRIO												
7 - Número da Carteira 0E6C8007556004					8 - Plano SMART REGIONAL HOS4				eira			
10 - Nome					11 - Número do Car			rtão Nacional de Saúde				
VANDIR MENDES RIBEIRO										_	. _ _	
DADOS DO CONTRATADO								44 07 11 01 15				
12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF 4762301000375			13 - Nom	me do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA I								
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 -	16 - Conselho Profissional			17 - Número do Conselho		1	8 - UF	19 - Código CBO S	
MEDICO TRANSCRICAO CLINIPAM PR				CRM			999999			PR		
DADOS DO CONTRATADO S		DA INTERNAÇ	ÇÃO			1						
20 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000375 21 - Nome do Prestador HOS								OSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA				
22 - Caráter de Internação	nternação 23 - Tipo de Internação			·			24 - Regime de			25 - Qtde. Diárias Solicitadas		
E E - Eletiva U - Urgência	ı / Emergência	1 - Clínio	ca 2 - Cirúrgica	3 - Obstétrio	ca 4 - Pediátrica	5 - Psiquiátrica	1 - Hospitalaı	2 - Hospitalar-dia	3 - Domiciliar		0	
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS 27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica PROCEDIMENTOS SOLICITAI	28 - Tempo de Do	•	· II	-	io de Acidente nte ou doença relaci	onada ao	1 - Trânsito 2 - Outro	30 - CID 10 Principal 0	31 - CID 10 (2)	31 - CID	10 (3) 31 - CID 10 (4)	
	Código do Procedimento	36 - De	scricão					37	7 - Qtde. Solicita	cão	38 - Qtde. Autor.	
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 37 - Qtde. Solicitação 38 - Qtde. Autor. 2008 30735033 ACROMIOPLASTIA * PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCOPICOS DE OMBRO null -												
OPM SOLICITADOS												
39 - Tabela	40 - Cá	40 - Código do OPM			41 - Descrição	de OPM	42 - Qtde. 43 - Fabricanto			·		
1 -							_		l	.		
2 -										_ _ _	_ _ -	
3 -									I	_	_ _ .	
4 -								<u> _</u>		_ _ _ -		
5 -	5 - _				<u> _</u> _				.			
DADOS DA AUTORIZAÇÃO												
45 - Data Provavel da Admissão	46 - Qtde. Diárias Autoriz	6 - Qtde. Diárias Autorizadas 47 - Tipo de Acomodação A			utorizada 48 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000375		49 - Nome do Prestador Autorizado HOSPITAL DO CORACAO D		DE LONDRINA LT	DE LONDRINA LTDA		
	JL				51 - Obser	vação						
31 - Observação												
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 53 - Data e				a e Assinatura d	Assinatura do Beneficiário ou Responsavel (*)			Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				
				/ _ .								
(*) Autorizo aos prestadores dos se	erviços anexar fatura da co	orança das desp	esas resultantes d	a minha interna	ação, copias do pron	tuário médico, bem co	omo quaisquer outros o	ocumentos, com fins de	possibilitar analise	pelo seto	r médico da Hapvida	