CLINIPAM MAIS SAUDE PRA VOCÉ!		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO								No	164762424	
1 - Registro ANS	3 - Data da Au	3 - Data da Autorização			4 - Senha			5 - Data de Validade da Senha		6 - Data de Emissão da Guia		
ANS Nº 3407	8-2	12/04/2024			*****		11/06/2024			26/04/2024		
DADOS DO BENEFICIÁRIO							,		,			
7 - Número da Carteira 0E6C8007556004					8 - Plano SMART REGIONAL HOS4 9 - Validade da Carteira							
10 - Nome					11 - Número do Car			artão Nacional de Sa	rtão Nacional de Saúde			
VANDIR MENDES RIBEIRO												
DADOS DO CONTRATADO	ND L / ODE		40 Nama da	- 0	-l-			44 Of diag ONI	-0			
12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF 4762301000375			13 - Nome do	e do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA L								
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - Cor	- Conselho Profissional			17 - Número do Conselho		1	8 - UF	19 - Código CBO S	
MEDICO TRANSCRICAO CLINIPAM PR				CRM			999999			PR		
DADOS DO CONTRATADO S		A INTERNAÇÃO				ı						
20 - Código na Operadora / CNPJ							do Prestador HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA					
22 - Caráter de Internação	er de Internação 23 - Tipo de Internação			·			24 - Regime de			25 - Qtde. Diárias Solicitadas		
E E - Eletiva U - Urgência	/ Emergência	1 - Clínica 2	- Cirúrgica 3	3 - Obstétrica	a 4 - Pediátrica	5 - Psiquiátrica	1 - Hospital	ar 2 - Hospitalar-dia	3 - Domiciliar		0	
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS 27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica		nça Referida pelo nos M-Meses D	ll ll	•	o de Acidente te ou doença relacio	onada ao	1 - Trânsito 2 - Outr	30 - CID 10 Principa 0s	I 31 - CID 10 (2)	31 - CID	31 - CID 10 (4)	
PROCEDIMENTOS SOLICITAI										~		
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 2008 30735084 RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA * PROCEDIMENTOS							1	3	7 - Qtde. Solicita	içao	38 - Qtde. Autor.	
2008	30735084	RESSECCAO	LATERAL DA CE	LAVICULA	FROCEDIMENTO	3 VIDLOAKTROSCC	,		null		-	
OPM SOLICITADOS												
39 - Tabela	40 - Códi	40 - Código do OPM			41 - Descrição de OPM			42 - Qtde. 43 - Fabricante		·		
1 -								<u> _ _ </u>				
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 Pre) DE LONDRINA L	E LONDRINA LTDA			
	JL				51 - Obsor	vacão						
51 - Observação												
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 53 - Data e				Assinatura do Beneficiário ou Responsavel (*)				4 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				
								//				
(*) Autorizo aos prestadores dos se	erviços anexar fatura da cobr	ança das despesas r	esultantes da mir	nha internaç	ção, copias do pront	tuário médico, bem co	omo quaisquer outros	documentos, com fins de	possibilitar analis	e pelo seto	r médico da Hapvida	