CLINIPAM MAIS SAUDE PRA VOCÉ!		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO								No	164880238	
1 - Registro ANS ANS Nº 3407	ll l	3 - Data da Autorização 18/04/2024			4 - Senha *******		5 - Data de Validade da Senha 17/06/2024		6 - Data de	6 - Data de Emissão da Guia 02/05/2024		
DADOS DO BENEFICIÁRIO												
7 - Número da Carteira 3010Q044422008					8 - Plano CONNECT LONDRINA			9 - Validade da Carteira				
10 - Nome					11 - Número do Ca			rtão Nacional de Saúde				
ROSIMARY LUPPI SAVARIEGO												
DADOS DO CONTRATADO	ND L / ODE		12 Name	d- C	- d -			14 - Código CNE				
12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF 4762301000103			13 - Nome	e do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA (MATRIZ)					
15 - Nome do Profissional Solicitante			16 - C	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 INTERNAÇÃO)									
20 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000103						21 - Nome do Pre	21 - Nome do Prestador HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA (MATRIZ)					
22 - Caráter de Internação	nternação 23 - Tipo de Internação			-			24 - Regime de			25 - Qtde. Diárias Solicitadas		
E E - Eletiva U - Urgência	/ Emergência	1 - Clínica	2 - Cirúrgica	3 - Obstétrio	ca 4 - Pediátrica	5 - Psiquiátrica	1 - Hospitala	r 2 - Hospitalar-dia	3 - Domiciliar		0	
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS 27 - Tipo de Doença	28 - Tempo de Do	•	ll l	•	26 - Indicaçã			30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	31 - CID	10 (3) 31 - CID 10 (4)	
A - Aguda C - Crônica		Anos M - Meses	D - Dias	_ 0 - Acider	nte ou doença relaci	onada ao	1 - Trânsito 2 - Outro	0				
PROCEDIMENTOS SOLICITAI		20 D	_~_					07	7 Otala Caliaita	-~-	20 Otda Auton	
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição 2008 30735033 ACROMIOPLASTIA * PROCEDIM					IMENTOS VIDEOARTROSCOPICOS DE OMBRO			3/	37 - Qtde. Solicitação 38 - Qtde. Autor.			
OPM SOLICITADOS												
39 - Tabela	40 - Código do OPM			41 - Descrição de OPM			42 - Qtde.	43 - Fabrican	ite .	44 - Valor	Unitário - R\$	
1 -					,,			<u> _ _ </u>		_ _ - - - - -		
2 -										_ _ _	_ _ -	
3 -							_			_ _ _	_ _ -	
4 -								<u> </u>				
5 -												
DADOS DA AUTORIZAÇÃO												
45 - Data Provavel da Admissão	46 - Qtde. Diárias Autorizadas 47 - Tipo de Acomodação A			utorizada 48 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000103			49 - Nome do Prestador Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LO		ONDRINA LTDA (NDRINA LTDA (MATRIZ)		
	ĬL				51 - Obser	vacão						
					31 - Obsei	vaçau						
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 53 - Data e				Assinatura do Beneficiário ou Responsavel (*) 5			54 -	- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				
				VIIVIII				/				
(*) Autorizo aos prestadores dos se	erviços anexar fatura da col	rança das despesas	s resultantes da i	minha interna	ıção, copias do pron	tuário médico, bem co	omo quaisquer outros	documentos, com fins de	possibilitar analise	pelo seto	r médico da Hapvida	