



1 - Registro ANS	3 - Data da Autorização	4 - Senha	5 - Data de Validade da Senha	6 - Data de Emissão da Guia
ANS Nº 34078-2	24/10/2023	*****	23/12/2023	26/12/2023

DADOS DO BENEFICIÁRIO		
7 - Número da Carteira	0EFPY000001015	
8 - Plano	CONNECT LONDRINA	
		9 - Validade da Carteira

10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
SAMARA ALEXANDRA BORGES	_____

DADOS DO CONTRATADO		
12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF 4762301000375	13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	14 - Código CNES

15 - Nome do Profissional Solicitante MEDICO TRANSCRICAO CLINIPAM PR	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número do Conselho 999999	18 - UF PR	19 - Código CBO S
---	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------	-------------------

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
20 - Código na Operadora / CNPJ	4762301000375
21 - Nome do Prestador	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

22 - Caráter de Internação E E - Eletiva U - Urgência / Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica	24 - Regime de <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospitalar-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 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)							
<input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A - Anos	M - Meses	D - Dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
									1 - Trânsito 2 - Outros									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
																		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela 2008	35 - Código do Procedimento 30734053	36 - Descrição RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO * PROC	37 - Qtde. Solicitação null	38 - Qtde. Autor. -
---------------------	---	--	--------------------------------	------------------------

OPM SOLICITADOS					
39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição de OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário - R\$
1 - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
2 - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
3 - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
4 - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
5 - <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

DADOS DA AUTORIZAÇÃO				
45 - Data Provel da Admissão	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de Acomodação Autorizada	48 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000375	49 - Nome do Prestador Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA
				50 - Código CNES

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*)	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
____/____/____	____/____/____	____/____/____

(*) Autorizo aos prestadores dos serviços anexar fatura da cobrança das despesas resultantes da minha internação, bem como quaisquer outros documentos, com fins de possibilitar análise pelo setor médico da Hapvida

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código OPM	41 - Descrição do OPM	42 -	43 - Fornecedor	44 - Valor
01	99870358	ANCORA MONTADA	2	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$850,00
02	99887776	LAMINA DE SHAVER	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$600,00
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					