CLINIPAM MAIS SAUDE PRA VOCÉ!		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO								No	163257946	
1 - Registro ANS  ANS Nº 3407	3 - Data da Autorização 21/03/2024			4 - Senha			5 - Data de Validade da Senha 21/05/2024		6 - Data d	6 - Data de Emissão da Guia 02/04/2024		
DADOS DO BENEFICIÁRIO												
7 - Número da Carteira 0EK3P000001023					8 - Plano CONNECT LONDRINA			9 - Validade da Carteira				
10 - Nome						11 - Número do Cartão Nacional de Saúd			úde	е		
DADOO DO CONTRATADO	DANIELLY OLIVEIR	A LEAL										
DADOS DO CONTRATADO	ND L / ODE		12 Nome	do Controto	do			14 Cádigo CNI	EC			
12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF 4762301000375				HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTE								
15 - Nome do Profissional Sol			16 - C	onselho Profissional			17 - Número do Conselho			18 - UF	19 - Código CBO S	
	TRANSCRICAO CLINIPAM			CRM				999999		SC		
DADOS DO CONTRATADO S		A INTERNAÇÃO										
20 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000375  21 - Nome do Prestador HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA												
22 - Caráter de Internação		23 - Tipo de Inte	rnação				24 - Regime de	)		25 - C	tde. Diárias Solicitadas	
E E - Eletiva U - Urgência	ı / Emergência	1 - Clínica 2	? - Cirúrgica	3 - Obstétric	a 4 - Pediátrica	5 - Psiquiátrica	1 - Hospital	ar 2 - Hospitalar-dia	3 - Domiciliar		1	
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS 27 - Tipo de Doença    A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Do	ença Referida pelo nos M-Meses D	ll l	•	26 - Indicaçã o de Acidente te ou doença relaci		1 - Trânsito 2 - Out	30 - CID 10 Principa 1	31 - CID 10 (2)	31 - CID	9 10 (3) 31 - CID 10 (4)	
PROCEDIMENTOS SOLICITAI		00 D	~ _						7 014 045	- ~ -	OO OUT ANTE	
34 - Tabela 35 - Código do Procedimento 36 - Descrição REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO (PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCOP						OP	3	7 - Qtde. Solicita null	ıçao	38 - Qtde. Autor. -		
OPM SOLICITADOS												
39 - Tabela	40 - Código do OPM			41 - Descrição de OPM			42 - Qtde	. 43 - Fabrica	nte		Unitário - R\$	
1 -							<u>   </u>					
2 -							_ _				_ _ .	
3 -											_ _ -	
4 -							_ _					
5 -		_ _ _ _	_							_	_ _ .	
DADOS DA AUTORIZAÇÃO												
45 - Data Provavel da Admissão				utorizada 48 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000375			49 - Nome do Pre	) DE LONDRINA L	50 - Código CN LONDRINA LTDA			
	J <u>l</u>	][			51 - Obsor	vacão						
51 - Observação												
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 53 - Data e				Assinatura do Beneficiário ou Responsavel (*)			54	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				
				N_I_N_								
(*) Autorizo aos prestadores dos se	erviços anexar fatura da cob	ança das despesas r	resultantes da n	minha internaç	ção, copias do pron	tuário médico, bem co	omo quaisquer outros	documentos, com fins de	e possibilitar analis	e pelo seto	r médico da Hapvida	



## GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICOS E TERAPIA

Nº 163257946

OPM Solicitados

<u> </u>	OPM Solicitados									
	39 - Tabela	40 - Código OPM	41 - Descrição do OPM	42 -	43 - Fornecedor	44 - Valor				
01		99887176	LAMINA DE SHAVER	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$600.00				
02		99910991	PARAFUSO DE INTERFERENCIA ABSORVIVEL	3	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$1,750.00				
03		99942996	PASSADOR DE SUTURA	2	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$750.00				
04		99891714	PLACA ENDOBOTTON	2	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$860.00				
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										