CLINIPAM MAIS SAUDE PRA VOCĒI		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO								160450552	
1 - Registro ANS ANS Nº 3407	3 - Data da Autorização 07/02/2024		4 -	4 - Senha *******		5 - Data de Validade da Senha 07/07/2024		6 - Data de	6 - Data de Emissão da Guia 05/04/2024		
DADOS DO BENEFICIÁRIO											
7 - Número da Carteira 0E6C8002492008				8 - Plano SMART REGIONAL HOS4 9 - Validade da Car				eira			
10 - Nome			11 - Número do Car			rtão Nacional de Saúde					
CELIA MARIA DE ALMEIDA TURMAN											
DADOS DO CONTRATADO	ND / / ODE		40. Name de On	atoria da			A4 Of the ONE				
12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF 4762301000375			13 - Nome do Co	ntratado HOSPITAL DO CORACA	O DE LONDRINA LTD						
15 - Nome do Profissional Solicitante 16			16 - Conselh	ho Profissional		17 - Número do Conselho		18	3 - UF	19 - Código CBO S	
MEDICO TRANSCRICAO CLINIPAM PR				CRM		999999			PR		
DADOS DO CONTRATADO S		NTERNAÇÃO									
20 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000375					21 - Nome do Prestador HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA						
22 - Caráter de Internação	de Internação 23 - Tipo de Internação					24 - Regime de			25 - Qtde. Diárias Solicitadas		
E E - Eletiva U - Urgência	/ Emergência _	_ 1 - Clínica 2 -	Cirúrgica 3 - Ob	bstétrica 4 - Pediátrica	5 - Psiquiátrica	1 - Hospitalar	2 - Hospitalar-dia	3 - Domiciliar		1	
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS 27 - Tipo de Doença	28 - Tempo de Doenç	a Referida pelo F	Paciente 29 - Ind	26 - Indicação dicação de Acidente			30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	31 - CID	10 (3) 31 - CID 10 (4)	
A - Aguda C - Crônica - A - Anos M - Meses D - Dias 0 - Acidente ou doença relacionada ao 1 - Trânsito 2 - Outros 1											
PROCEDIMENTOS SOLICITAI		36 - Descrição									
	Código do Procedimento	AENTO OU DEFORCO DE	LICAMENTO# DDOO	05	37	' - Qtde. Solicitaç	ão	38 - Qtde. Autor.			
2008	30736056	RECONSTRUCA	AO, RETENCIONAIV	MENTO OU REFORCO DE	E LIGAMENTO# PROC	CE		null		-	
OPM SOLICITADOS											
39 - Tabela	40 - Código	40 - Código do OPM			de OPM	42 - Qtde. 43 - Fabricante		te 4	·		
1 -						<u> </u>		ļ.			
2 -								I.	_ _ _ _	_ _ -	
3 -								l.	_ _ _ _	_ _ _	
4 - _											
5 -	5 - _ _							_ _ _ -			
DADOS DA AUTORIZAÇÃO											
45 - Data Provavel da Admissão	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	E LONDRINA LTDA		
51 - Observação											
OI Observação											
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 53 - Data e				Assinatura do Beneficiário ou Responsavel (*)			54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização				
				.// _//							
(*) Autorizo aos prestadores dos se	rviços anexar fatura da cobranç	a das despesas re	sultantes da minha ir	internação, copias do pront	tuário médico, bem co	omo quaisquer outros do	ocumentos, com fins de	possibilitar analise	pelo seto	médico da Hapvida	