CLINIPAM MAIS SAUDE PRA VOCĒI		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO								No	144385098
1 - Registro ANS ANS Nº 3407	3 - Data da Autorização 06/09/2023			4 - Senha *******		5 - Data de Validade da Senha 05/01/2024		6 - Data d	6 - Data de Emissão da Guia 17/11/2023		
DADOS DO BENEFICIÁRIO											
7 - Número da Carteira 0E6C8000993026				8 - Plano SMART REGIONAL HOS4				9 - Validade da Car	teira		
10 - Nome		11 - Número do Car			artão Nacional de Sa	tão Nacional de Saúde					
MARCIO PEREIRA DA SILVA											-
DADOS DO CONTRATADO			40. No.	-1 011				AA O'Alaa ONII	-0		
12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF				do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTI					=8		
15 - Nome do Profissional Sol			16 - C	onselho Profissional			17 - Número do Conselho			18 - UF	19 - Código CBO S
	TRANSCRICAO CLINIPAM			CRM			999999			PR	
DADOS DO CONTRATADO S		A INTERNAÇÃO				ı					
20 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000375 21 - Nome do Prestador HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA											
22 - Caráter de Internação		23 - Tipo de Inte	ernação				24 - Regime de			25 - C	tde. Diárias Solicitadas
E E - Eletiva U - Urgência	/ Emergência	1 - Clínica	2 - Cirúrgica	3 - Obstétrio	ca 4 - Pediátrica	5 - Psiquiátrica	1 - Hospitala	ar 2 - Hospitalar-dia	3 - Domiciliar		0
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) 31 - CID 10 (4) 32 - CID 10 (5) 33 - CID 10 (6) 34 - CID 10 (7) 35 - CID 10 (8) 35 -											
A - Aguda C - Crônica	a _ - A - /	nos M-Meses I	ll ll	_ 0 - Acider	nte ou doença relaci	onada ao	1 - Trânsito 2 - Outr	II '			
	Código do Procedimento	36 - Descriç	ะลึก					3	7 - Qtde. Solicita	ıcão	38 - Qtde. Autor.
2008	30733049			STABILIZAC	CAO, RESSECCAO	E/OU PLASTIA #		· ·	null	iyuo	-
OPM SOLICITADOS											
39 - Tabela	40 - Código do OPM			41 - Descrição de OPM			42 - Qtde	43 - Fabrica	nte		Unitário - R\$
1 -							_			.	
2 -							_ _				_ _ .
3 -							_			_ _ _	_ _ . _
4 -										_ _ - - - - - - - - - - - -	
5 -			_l							_	_ _ .
DADOS DA AUTORIZAÇÃO											
45 - Data Provavel da Admissão				Autorizada 48 - Código na Operadora / CNPJ 4762301000375			49 - Nome do Pre) DE LONDRINA L	LONDRINA LTDA 50 - Código CNES		
	II.				51 - Obser	vação					
C. Coccivação											
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 53 - Data e				Assinatura d	Assinatura do Beneficiário ou Responsavel (*)			4 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			
_ _ / _ / _				_ / / _					_ _ / _ _		
(*) Autorizo aos prestadores dos se	erviços anexar fatura da cob	ança das despesas	resultantes da r	minha interna	ıção, copias do pron	tuário médico, bem co	omo quaisquer outros	documentos, com fins de	possibilitar analis	e pelo seto	r médico da Hapvida



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICOS E TERAPIA

Nº 144385098

OPM Solicitados

OPINI	OPM Solicitados									
-	39 - Tabela	40 - Código OPM		42 -	43 - Fornecedor	44 - Valor				
01		99955506	DISPOSITIVO DE SUTURA	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD					
02		99887176	LAMINA DE SHAVER	2	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD					
03		99910991	PARAFUSO DE INTERFERENCIA ABSORVIVEL	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD					
04		99891714	PLACA ENDOBOTTON	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD					
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										
41										
42										
44										
45										