CLINIPAM MAIS SAUDE PRA VOCÉ!		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO								No	145931066
1 - Registro ANS		3 - Data da Autorização			4 - Senha		5 - Data de Validade da Senha		6 - Data d	6 - Data de Emissão da Guia 27/11/2023	
ANS Nº 3407	8-2	23/10/2023						22/12/2023		211	1/2023
DADOS DO BENEFICIÁRIO				O Diana				9 - Validade da Car	4-1		
7 - Número da Carteira 3010Q081604025					8 - Plano CONNECT LONDRINA				теіга		
10 - Nome			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde								
	CAROLINA TURONE DE	CAMPOS					l		_ _ _ _		_
DADOS DO CONTRATADO			1 40 N	1 0				44 07 11 05 11			
12 - Código da Operadora / CNPJ / CPF				do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTE							
15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - C			16 - Cd	onselho Profissional			17 - Número do Conselho			18 - UF	19 - Código CBO S
MEDICO 1	TRANSCRICAO CLINIPAM I	PR		CRM			999999			PR	
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	1		25 - C	tde. Diárias Solicitadas
E E - Eletiva U - Urgência	ı / Emergência	1 - Clínica 2	: - Cirúrgica	3 - Obstétrio	ca 4 - Pediátrica	5 - Psiquiátrica	1 - Hospital	ar 2 - Hospitalar-dia	3 - Domiciliar		1
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS					26 - Indicaçã	o Clinica					
27 - Tipo de Doença	28 - Tempo de Doe	nça Referida pelo	Paciente 29	9 - Indicaçã	o de Acidente			30 - CID 10 Principa	31 - CID 10 (2)	31 - CID	31 - CID 10 (4)
A - Aguda C - Crônica		nos M-Meses D) - Dias	_ 0 - Acider	nte ou doença relaci	onada ao	1 - Trânsito 2 - Outr	os 1		_ _ _	
PROCEDIMENTOS SOLICITAI											
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								38 - Qtde. Autor.			
2004	30729181	HALLUX VALG	GUS (UM PE) -	IRATAMEN	TO CIRURGICO				null		-
OPM SOLICITADOS											
39 - Tabela	40 - Código do OPM			41 - Descrição de OPM			42 - Qtde	. 43 - Fabrica	nte		Unitário - R\$
1 -	_ _	_ _ _ _ _	_l				<u> _ _ </u>			_ _ _ _ -	
2 -							_ _				_ _ .
3 -							_				_ _ -
4 -							<u> _</u>			_ - - - - - - - - - - - -	
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 CNES ELONDRINA LTDA		
	JI				51 - Obser	vacão					
					31 - Obser	ναγαυ					
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 53 - Data e				Assinatura d	Assinatura do Beneficiário ou Responsavel (*)			- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			
/								_//			
(*) Autorizo aos prestadores dos se	erviços anexar fatura da cobr	ança das despesas r	esultantes da m	ninha interna	ıção, 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 145931066

OPM Solicitados

O1 101 1	OPM Solicitados									
	39 - Tabela	40 - Código OPM		42 -	43 - Fornecedor	44 - Valor				
01		99835335	PARAFUSO DE HERBERT	2	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD					
02										
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										