CLINIPAM MAIS SAUDE PRA VOCEI	GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO										No 167798659		
1 - Registro ANS	3 - Data da Autoriz	3 - Data da Autorização			a		5 - Data de	5 - Data de Validade da Senha			6 - Data de Emissão da Guia		
ANS Nº 34078	8-2 29/05	-2 29/05/2024			*****			28/07/2024			10/06/2024		
DADOS DO BENEFICIÁRIO													
7 - Número da Carteira	0F5PM000001007	8	3 - Plano	Plano 9 - Validade da Carteira CONNECT LONDRINA									
10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde											
	CLOVIS GONCALVES DA SILVA	JUNIOR											
DADOS DO CONTRATADO													
12 - Código da Operadora / C 47623	:NPJ / CPF :01000375		13 - Nome do			O DE LONDRINA LTI	DA		14 - Código CNES	5			
15 - Nome do Profissional Soli	icitante	,	16 - Cons	selho Pro	fissional		17 - Nú	mero do	Conselho	1	8 - UF	19 - Código CBO S	
MEDICO T	TRANSCRICAO CLINIPAM PR				CRM				999999		PR		
DADOS DO CONTRATADO S	OLICITADO / DADOS DA IN	TERNAÇÃO					"						
20 - Código na Operadora / C	NPJ 4762301000375					21 - Nome do Pre		TAL DO C	ORACAO DE LONDRI	NA LTDA			
22 - Caráter de Internação	23	- Tipo de Intern	nação				24 - Regin	ne de			25 - Q	tde. Diárias Solicitadas	
E E - Eletiva U - Úrgência		1 - Clínica 2 - 0	•					spitalar	II			1	
26 - Indicação Clínica													
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	\\[\begin{align*}			~					1	1	7		
27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	III	•	ll ll		o de Acidente te ou doença relacio	onada ao	1 - Trânsito 2	- Outros	30 - CID 10 Principal 1	31 - CID 10 (2)	31 - CID _	- CID 10 (3) 31 - CID 10 (4)	
PROCEDIMENTOS SOLICITAD											~		
	Código do Procedimento	36 - Descrição		TADOB * D	POCEDIMENTOS V	VIDEOARTROSCOP	10		•			38 - Qtde. Autor.	
2008	30735068	RUPTURA DO M	IANGUITO ROT	IADUR P	ROCEDIMENTOS V	VIDEOARTROSCOPI				null		-	
OPM SOLICITADOS													
39 - Tabela	40 - Código de				41 - Descrição	de OPM		Qtde.	43 - Fabricante			Unitário - R\$	
1 -		_					I_						
2 -	_ _ _	_						_ _				_ _ - - - -	
3 -	_ _ _							_ _				_ _ -	
4 -							I_	_ _	-			_ _ .	
5 -	5-							_ _			_ _ _	_ _ .	
DADOS DA AUTORIZAÇÃO													
45 - Data Provavel da Admissão	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de Ac	omodaçao Auto	orizada	48 - Código na Ope 476230	eradora / CNPJ 1000375	49 - Nome d		or Autorizado PITAL DO CORACAO D	DE LONDRINA L'	TDA	50 - Código CNE\$	
	L	11			51 - Observ	/acão							
					01 00001	, açao							
52 - Data e Assinatura do Médico S	inatura do Beneficiário ou Responsavel (*) 54 - Da				ta e Assinatura do Resp	oonsável pela Au	torização						
					_			1	. / /	•	-		
(*) Autorizo aos prestadores dos se	Autorizo aos prestadores dos serviços anexar fatura da cobrança das despesas resultantes da minha internação, copias do prontuário médico, bem como quaisquer outros documentos, com fins de possibilitar analise pelo setor médico da Hapvida												



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICOS E TERAPIA

Nº 167798659

OPM Solicitados

OPM	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	\$750.00					
02		99834827	CANULA P/ ARTROSCOPIA	1	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$290.00					
03		99887176	LAMINA DE SHAVER	2	ARTHROM COMERCIO DE IMPLANTES ORTOPEDICOS LTD	\$600.00					
04		99834790	PONTEIRA DE RADIO FREQUENCIA	1	HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	\$349.00					
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											
				·							

CLINIPAM Mais saude Pra Vocêi				No	167800053								
1 - Registro ANS ANS Nº 3407		3 - Data da Autorização 29/05/2024				5 - Data de Valida 28	6 - Data de	6 - Data de Emissão da Guia 10/06/2024					
DADOS DO BENEFICIÁRIO													
7 - Número da Carteira	0F5PM000001007		8 -	- Plano	CONNECT LONDRINA		9 - Validade da Cart	eira					
10 - Nome					11 - Número do Cartão Nacional de Saúde								
	CLOVIS GONCALVES DA SIL	VA JUNIOR											
DADOS DO CONTRATADO			40 North de 6	On atracta da			AA OGERA ONE						
12 - Código da Operadora / C 47623	CNPJ / CPF 301000375		13 - Nome do (Contratado HOSPITAL DO CORAC	AO DE LONDRINA LTI	'DA	14 - Código CNE	:S 					
15 - Nome do Profissional Sol			16 - Cons	selho Profissional		17 - Número d	o Conselho	18	3 - UF	19 - Código CBO S			
	TRANSCRICAO CLINIPAM PR			CRM			999999		PR				
DADOS DO CONTRATADO S		INTERNAÇÃO			1								
20 - Código na Operadora / C	CNPJ 4762301000375				21 - Nome do Pre		CORACAO DE LONDE	RINA LTDA					
22 - Caráter de Internação		23 - Tipo de Interr	nação			24 - Regime de			25 - Q	tde. Diárias Solicitadas			
E E - Eletiva U - Urgência	a / Emergência	_ 1 - Clínica 2 -	Cirúrgica 3 -	Obstétrica 4 - Pediátrio	2 - Hospitalar-dia	3 - Domiciliar 0							
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS 27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doene		ll l	26 - Indicaç Indicação de Acidente O - Acidente ou doença rela		1 - Trânsito 2 - Outros	30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	31 - CID	10 (3) 31 - CID 10 (4)			
PROCEDIMENTOS SOLICITAI		S W-Weses D-	- Dias	7 - Acidente od doença reia	cionada ao	1 - ITalisilo 2 - Oullos							
	Código do Procedimento	36 - Descrição)				37	′ - Qtde. Solicitaç	ão	38 - Qtde. Autor.			
2008	30735084	•		VICULA * PROCEDIMENT	OS VIDEOARTROSCO)		null		-			
OPM SOLICITADOS													
39 - Tabela	40 - Código	do OPM		41 - Descriç	ão de OPM	42 - Qtde.	43 - Fabrican			Unitário - R\$			
1 -	_ _ _					_ _		I.	_	_ _ .			
2 - _						_ _			_ _ _ .				
3 -								I.	_ _ _	_ _ .			
4 -		_ _ _					<u> _ _ </u>						
5 -	_ _ _	.				_ _		Į.		_ _ .			
DADOS DA AUTORIZAÇÃO													
45 - Data Provavel da Admissão	46 - Qtde. Diárias Autorizada	47 - Tipo de Ad	comodaçao Autori	"	Operadora / CNPJ 301000375	49 - Nome do Presta HOS	ndor Autorizado SPITAL DO CORACAO	DE LONDRINA LT	DA	50 - Código CNE\$			
	II.			51 - Obse	ervação								
				J. 003									
52 - Data e Assinatura do Médico S	Solicitante		53 - Data e Assi	sinatura do Beneficiário ou F	Responsavel (*)	54 - D	ata e Assinatura do Res	sponsável pela Aut	orização				
_ / /			/	_ /			_ _ / _ _ / _						
(*) Autorizo aos prestadores dos se	erviços anexar fatura da cobran	ça das despesas res	sultantes da minh	na internação, copias do pro	ntuário médico, bem co	omo quaisquer outros de	ocumentos, com fins de	possibilitar analise	pelo seto	r médico da Hapvida			

CLINIPAM MAIS SAUDE PRA VOCEI	GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO										No	167799745	
1 - Registro ANS	3 - Data da Autoriz	3 - Data da Autorização			a		5 - Data de	5 - Data de Validade da Senha			6 - Data de Emissão da Guia		
ANS Nº 34078	8-2 29/09	29/05/2024			******			28/07/2024			10/06/2024		
DADOS DO BENEFICIÁRIO													
7 - Número da Carteira	0F5PM000001007		8 - Plano	Plano 9 - Validade da Carteira CONNECT LONDRINA									
10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde											
	CLOVIS GONCALVES DA SILVA	JUNIOR											
DADOS DO CONTRATADO													
12 - Código da Operadora / C 47623	NPJ / CPF 01000375		13 - Nome d			O DE LONDRINA LTI	DA		14 - Código CNES	o e			
15 - Nome do Profissional Soli	citante		16 - Co	nselho Pro	ofissional		17 - Núr	mero do	Conselho	1	8 - UF	19 - Código CBO S	
MEDICO T	RANSCRICAO CLINIPAM PR				CRM				999999		PR		
DADOS DO CONTRATADO S		TERNAÇÃO	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				,						
20 - Código na Operadora / C	NPJ 4762301000375					21 - Nome do Pre		TAL DO C	ORACAO DE LONDRI	NA LTDA			
22 - Caráter de Internação	23	- Tipo de Interr	nação				24 - Regim	ne de			25 - Q	tde. Diárias Solicitadas	
E E - Eletiva U - Urgência	/ Emergência	1 - Clínica 2 -	Cirúrgica :	ll ll			1 - Ho:	spitalar				0	
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS					26 - Indicação	o Clínica							
27 - Tipo de Doença	28 - Tempo de Doença	Referida pelo F	Paciente 29	- Indicação	o de Acidente				30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	31 - CID	10 (3) 31 - CID 10 (4)	
A - Aguda C - Crônica	a _ _ - A - Anos	•	ll ll		ite ou doença relacio	onada ao	1 - Trânsito 2 -		0				
PROCEDIMENTOS SOLICITAD		00 D							0.7	011- 0-11-11	- ~ -	OO Otala Asstan	
	Código do Procedimento	36 - Descrição			CEDS * DDOCEDIM	MENTOS VIDEOART			•			38 - Qtde. Autor.	
2008	30735092	TENOTOWIA DA	TOROAU LO	JNGA DO BI	CLF3 FROCEDIIV	ILINIOS VIDEOAIXI				null		-	
OPM SOLICITADOS								0.1					
39 - Tabela	40 - Código d				41 - Descrição	de OPM		Qtde.	43 - Fabricant	9		Unitário - R\$	
1 -		_					I_				_ _ - - - - - - - - - - -		
2 -	_ _ _	_ _ _						_				_ _ .	
3 -	_ _ _	_ _ _ _						_				_ _ .	
4 -				<u> _ </u> -			-						
5 -		_					L	_				_ _ .	
DADOS DA AUTORIZAÇÃO													
45 - Data Provavel da Admissão	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de Ac	comodaçao Au	itorizada	48 - Código na Opo 476230	eradora / CNPJ 11000375	49 - Nome d		or Autorizado PITAL DO CORACAO [DE LONDRINA L'	TDA	50 - Código CNE\$	
	L				51 - Observ	vação							
					01 055010	vação							
52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 53 - Data e Assinatura d					o Beneficiário ou Re	sponsavel (*)		54 - Da	ta e Assinatura do Res	oonsável pela Au	torização		
									/ /	•	-		
(*) Autorizo aos prestadores dos se	Autorizo aos prestadores dos serviços anexar fatura da cobrança das despesas resultantes da minha internação, copias do prontuário médico, bem como quaisquer outros documentos, com fins de possibilitar analise pelo setor médico da Hapvida												

CLINIPAM MAIS SAUDE PRA VOCÉ!		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO										
1 - Registro ANS ANS Nº 3407		3 - Data da Autorização 29/05/2024				5 - Data de Valida 28/	6 - Data de	6 - Data de Emissão da Guia 10/06/2024				
DADOS DO BENEFICIÁRIO][
7 - Número da Carteira	0F5PM000001007		8 - Plan		ONNECT LONDRINA		9 - Validade da Cart	eira				
10 - Nome				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde								
	CLOVIS GONCALVES DA SILV	'A JUNIOR										
DADOS DO CONTRATADO	ND 1 / ODE		40. Nama da Cambro	-tl-			14 Of diag CNE					
	801000375		13 - Nome do Contra HO		O DE LONDRINA LTE	DA	14 - Código CNES					
15 - Nome do Profissional Sol			16 - Conselho F			17 - Número do	Conselho	18	3 - UF	19 - Código CBO S		
	TRANSCRICAO CLINIPAM PR	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~		CRM			999999		PR			
DADOS DO CONTRATADO S		NTERNAÇAO			1							
20 - Código na Operadora / C	7762301000375				21 - Nome do Pre		CORACAO DE LONDF	RINA LTDA				
22 - Caráter de Internação	2	3 - Tipo de Intern	ação			24 - Regime de			25 - Q	tde. Diárias Solicitadas		
E E - Eletiva U - Urgência	ı / Emergência _	1 - Clínica 2 -	Cirúrgica 3 - Obsté	trica 4 - Pediátrica	a 5 - Psiquiátrica	1 - Hospitalar	2 - Hospitalar-dia	3 - Domiciliar 0				
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS 27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doenç	•	ll '	26 - Indicaçã ção de Acidente lente ou doença relaci		1 - Trânsito 2 - Outros	30 - CID 10 Principal	31 - CID 10 (2)	31 - CID	10 (3) 31 - CID 10 (4)		
PROCEDIMENTOS SOLICITAI		s W-Weses D-	Dias 0 - Acid	lerite ou doeriça relaci	Ullaua au	1 - Transito 2 - Outros			<u> </u>			
	Código do Procedimento	36 - Descrição					37	' - Qtde. Solicitaç	ão	38 - Qtde. Autor.		
2008	30735033	•	TIA * PROCEDIMENTO	S VIDEOARTROSCO	PICOS DE OMBRO			null		-		
OPM SOLICITADOS												
39 - Tabela	40 - Código	do OPM		41 - Descrição	o de OPM	42 - Qtde.	43 - Fabrican			Jnitário - R\$		
1 -								l.	_ _ _ _	_ _ .		
2 -	_ _ _									_ _ .		
3 -								l.	_ _ _ _	_ _ .		
4 -		_ _ _		<u> </u>			_ _					
5 -	_ _ _	_ _ _ _].	_ _ _ _	_ _ _		
DADOS DA AUTORIZAÇÃO												
45 - Data Provavel da Admissão	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo de Ac	omodaçao Autorizada	48 - Código na Op 47623	peradora / CNPJ 01000375	49 - Nome do Presta HOS	dor Autorizado SPITAL DO CORACAO	DE LONDRINA LT	DA	50 - Código CNE\$		
	IL			51 - Obser	vação							
				01 00361	· ayuu							
52 - Data e Assinatura do Médico S	Solicitante		53 - Data e Assinatura	do Beneficiário ou Re	esponsavel (*)	54 - D	ata e Assinatura do Res	sponsável pela Auto	orização			
_ / /		_ / / _	_			_ _ / _ / _		•				
(*) Autorizo aos prestadores dos se	erviços anexar fatura da cobran	a das despesas res	sultantes da minha inter	nação, copias do pron	tuário médico, bem co	omo quaisquer outros do	cumentos, com fins de	possibilitar analise	pelo seto	médico da Hapvida		