

[illegible]

### Dados do Beneficiário

**50 - Nome Social**

### Dados do Contratado Solicitante

14 - Nome do profissional solicitante	15 - Conselho profissional 6	16 - Número no Conselho 39832	17 - UF PR	18 - Código CBO 225270
---------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

22 - Caráter do Atendimento	23 - Tipo de Interação	24 - Regime de Interação	25 - Qtde. Diárias Solicitadas	26 - Previsão de uso de OPME	27 - Previsão de uso de quimioterápico
1	2	1	1	N	N

28 - Indicação Clínica

SEGUE EM ANEXO O PEDIDO MEDICO

29 - CID 10 Principal (Opcional) M233	30 - CID 10 (2) (Opcional) [ ][ ][ ][ ][ ]	31 - CID 10 (3) (Opcional) [ ][ ][ ][ ]	32 - CID 10 (4) (Opcional) [ ][ ][ ][ ]	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
--	---	--	--	--

### Procedimientos Realizados

[illegible]

### Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 17/03/2024	40 - Qtde. Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo da Acomodação Autorizada 31
---	-------------------------------------	--

42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 52132722	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA	44 - Código CNES 7758391
--	---	-----------------------------

45 - Observações / Justificativa
Pedido: 385107461 Lembramos que todo pedido pode passar por análise técnica interna após a autorização. A solicitação de documentos complementares para avaliação pode ser requisitada, podendo impactar na liberação do seu pagamento. Para evitar problemas no pagamento da conta médica, confirme o atendimento com o token.

46 - Data da Solicitação 08/03/2024	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	49 - Assinatura do Responsável pela Autorização
--	---	--	---