

001009476734027

**CASSI**Caixa de Assistência  
dos Funcionários do  
Banco do Brasil**GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

1 - Registro ANS ANS-nº 34665-9	3 - Data da Autorização / /	4 - Senha / /	5 - Data Validade da Senha / /	6 - Data de Emissão da Guia / /
------------------------------------	--------------------------------	------------------	-----------------------------------	------------------------------------

**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

7 - Número da Carteira VERUSKA MASIEIRO FAGOTTI DIAMANTE	8 - Plano / /	9 - Validade da Carteira / /
10 - Nome VERUSKA MASIEIRO FAGOTTI DIAMANTE	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde / /	

**DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE**

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF / /	13 - Nome do Contratado Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares	14 - Código CNES / /
15 - Nome do Profissional Solicitante Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538	16 - Conselho Profissional / /	17 - Número no Conselho / /
18 - UF / /	19 - Código CBO S / /	

**DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO**

20 - Código na Operadora / CNPJ / /	21 - Nome do Prestador Hospital Coração Bela Suíça
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirurgia <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas / /

IMPACTO FEMOROACETABULAR COM DORES NAS ATIVIDADES DIÁRIAS  
LESAO DE LABRUM COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL  
QUADRIL ESQUERDO

**HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS**

27 - Tipo Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal / /	31 - CID 10 (2) / /	32 - CID 10 (3) / /
33 - CID 10 (4) / /		

**PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
14	3.07.38.04-0	TRATAMENTO DE IMPACTO FEMOROACETABULAR	/ /	/ /
34	3.07.38.05-9	SUTURA LABRUM	/ /	/ /
44		TAXA DE ARTROSCOPIA DO QUADRIL	/ /	/ /
54			/ /	/ /

**OPM SOLICITADOS**

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
14		2 lâminas de shaver ósseo e 1 lâmina shaver partes moles extendidas	/ /	/ /	/ /
24		BOMBA DE INFUSÃO	/ /	/ /	/ /
34		2 ANCORAS SOFT (juggernaut) COM FIO HIFI APROPRIADAS PARA QUADRIL	/ /	/ /	/ /
44		1 OPSITE (STERIL DRAPE)	/ /	/ /	/ /
54		1 EQUIPO 10K	/ /	/ /	/ /

**DADOS DA AUTORIZAÇÃO**

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar / /	46 - Qtde. Diárias Autorizadas 1 Ponteira VAPORIZAÇÃO 90º com aspiração 1 KIT CÂNULAS	47 - Tipo de Acomodação Autorizada / /
48 - Código na Operadora / CNPJ / /	49 - Nome do Prestador autorizado 2 FIOS HI-FI PARA SUTURA DA CÁPSULA	50 - Código CNES / /
51 - Observação / /		

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante / / Dr. Rafael Leite de Pinho Tavares Ortopedia e Traumatologia CRM 23.538	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável / /	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização / /
---	--	---

**INSTRUÇÃO**

Os campos não sombreados são de preenchimento obrigatório.