



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 030005689660.0040	8 - Plano ____	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome Joaquim Maurício Costa	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____	

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado ____	14 - Código CNES ____
15 - Nome do Profissional Solicitante ____	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 ____
22 - Caracter 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 - Qtd. Diárias Solicitadas ____
26 - Indicação Clínica Atendimento de urgência de trauma de tornozelo	

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Tipo Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Relatada pelo Paciente 03 A	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trabalho <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal M65.9	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____
33 - CID 10 (4) ____	____	

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela 3072 9240 3072 8150 3073 216	35 - Código do Procedimento ____	36 - Descrição FTO de 1º grau Tratamento de fratura Reconstrução ligamentar aberta	37 - Qtd. Solic. ____	38 - Qtd. Aut. ____
---------------------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------------------

OPM SOLICITADOS

39 - Tabela ____	40 - Código do OPM ____	41 - Descrição OPM Ligamento cruzado anterior Ligamento cruzado posterior Ligamento colateral	42 - Qtd. 01 03 01	43 - Fabricante ____	44 - Valor Unitário R\$ ____
---------------------	----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------------------

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtd. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da Acomodação Autorizada ____
48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____	50 - Código CNES ____
51 - Observação ____		

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante Cesar Eduardo C. F. Martins Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 22.343	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.