



Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº 500162464

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 030.006.999.203.0060	8 - Plano ____		9 - Validade da Carteira ____/____/____	
10 - Nome Mariza Faria Fidelis Almeida			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____	
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado Conjugo B.S			14 - Código CNES ____
15 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre Oliveira Quatroz CRM: 17905	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 17905	18 - UF ____	19 - Código CBO S ____
DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO				
20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____			
22 - Caráter da Internação E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 2 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica			
24 - Regime de Internação A 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 01			
26 - Indicação Clínica DW + torçao do ombro direito Jogador DW + fratura do ombro 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 M23.2	31 - CID 10 (2) M23.9	32 - CID 10 (3) M23.9	33 - CID 10 (4) ____	
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS				
34 - Tabela 1- 3073.3065 2- 3073.3030 3- 3073.1046	35 - Código do Procedimento 3073.3065 3073.3030 3073.1046	36 - Descrição Vingto pl mensur jogu dr Vingto n concepção jogu dr Ressecção artro jogu esquerdo	37 - Qtde. Solicit ____	38 - Qtde. Aut ____
OPM SOLICITADOS				
39 - Tabela 1- 3073.3065 2- 3073.3030 3- 3073.1046	40 - Código do OPM 3073.3065 3073.3030 3073.1046	41 - Descrição OPM Lamina Shave Radiofrequência	42 - Qtde. ____	43 - Fabricante ____
44 - Valor Unitário R\$ ____				
DADOS DA AUTORIZAÇÃO				
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtde. 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 ____/____/____ Dr. Alexandre Oliveira Quatroz CRM: 17905		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.

**SOLICITAÇÃO DE SENHA COM UTILIZAÇÃO DE OPME**

AF n.º 000/000/00

ANS - n.º 34665-9

IDENTIFICAÇÃO

Código do Usuário	Nome do Usuário
CPF/CNPJ do Credenciado	Nome do Credenciado
CRM do médico solicitante	Nome do médico solicitante

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO

TGA	Qtd	TGA	Qtd	TGA	Qtd	TGA	Qtd
TGA	Qtd	TGA	Qtd	TGA	Qtd	CID-10	Qtd
Situação do Atendimento		Data provável da Internação		Qtd dias solicitados		Data prevista para a realização do procedimento	
<input type="checkbox"/> 1 - Eletivo <input type="checkbox"/> 2 - Urgência (autorização deve ser solicitada pelo 0800-729-0080)		/ /				/ /	

Informar DDD n.º do telefone e n.º do fax para resposta

DDD número do fax (campo obrigatório)

Qtd de Folhas incluindo esta

DDD número do tel. (campo obrigatório)

Fax

Tel. para contato

JUSTIFICATIVA COM HISTÓRICO E EXAME FÍSICO (ENVIAR LAUDOS DE EXAMES COMPROBATORIOS VIA FAX):

Dor + Incapacidade funcional
Tórax direito + volume joelho esquerdo

**MATERIAL ESPECIAL (ENCAMINHAR 3 (TRÊS) OPÇÕES DE MARCA/MODELO/FABRICANTE
UTILIZE O VERSO PARA AS JUSTIFICATIVAS PARA O USO)**

CÓDIGO CASSI	REGISTRO DA ANVISA	DESCRIÇÃO DA OPME	FORNECEDOR/FABRICANTE	QTD	VALOR UNITÁRIO
		Lamina de placa		01	
		Endoprotese		01	

LOCAL E DATA**CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE**

--	--

Fax para envio deste formulário: 0xx(11) 2106-0081

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17985