



Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS ANS-nº34665-9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____		
4 - Data da Autorização ____/____/____		5 - Senha _____		
6 - Data de Validade da Senha ____/____/____				
Dados do beneficiário				
7 - Número da Carteira _____		8 - Validade da Carteira ____/____/____		
9 - Atendimento a RN _____				
10 - Nome MIGUEL YOSHINORI NAKAMURA		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
Dados do contratado solicitante				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado _____		
14 - Nome do Profissional Solicitante DANILO CANESIN DA L. MOLIN		15 - Conselho Profissional _____		
16 - Número no Conselho _____		17 - UF _____		
18 - Código CBO _____				
Dados do hospital / Local solicitado / Dados da internação				
19 - Código na Operadora/CNPJ _____		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSP- DE CANGA Belo SURTA		
21 - Data sugerida para internação ____/____/____				
22 - Caráter do Atendimento E		23 - Tipo de Internação A		
24 - Regime de Internação C		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 02		
26 - Previsão de uso de OPME _____		27 - Previsão de uso de quimioterápico _____		
28 - Indicação Clínica Reparo do manguito rotador (E) Esporos subacromio lesão labral superior				
29 - CID 10 Principal M75.1		30 - CID 10 (2) _____		
31 - CID 10 (3) _____		32 - CID 10 (4) _____		
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____				
Procedimentos ou itens assistenciais solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic	38 - Qtde. Aut
01- _____	302335068	Reparo de manguito rotador	02	_____
02- _____	302335033	ACROMIOPLASTIA	02	_____
03- _____	302335093	TENOTOMIA DO BICEPS	02	_____
04- _____	_____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____	_____
07- _____	_____	ÂNCORAS JOGGERMAN	02	_____
08- _____	_____	LAHINHA DE STAVEL	02	_____
09- _____	_____	CANAL	02	_____
10- _____	_____	Guia fixável de sutura	02	_____
11- _____	_____	RADIOENCAUSTICA	02	_____
12- _____	_____	_____	_____	_____
Dados da autorização				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____		40 - Qtde. Diárias Autorizadas _____		41 - Tipo da Acomodação Autorizada _____
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado _____		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado _____		44 - Código CNES _____
45 - Observação / Justificativa _____ _____ _____				
46 - Data da Solicitação 14/01/2023		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Danilo Canesin Da Molin Ortopedista Traumatologia CRM-PR 24619		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____				