



Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

Central de Gravos

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº 500167382

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 ____	8 - Plano ____	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome Fleir Veiros de Sousa		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado Hosp. Evangelico	14 - Código CNES ____
15 - Nome do Profissional Solicitante Marcos V. Daniel	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 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica <input type="checkbox"/> 2 - Cirúrgica <input type="checkbox"/> 3 - Obstétrica <input type="checkbox"/> 4 - Pediátrica <input type="checkbox"/> 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25 - Qtd. Diárias Solicitadas 01
26 - Indicação Clínica lesão nrisal / osteocondral felho esq	

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Tipo Doença <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 24 A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30 - CID 10 Principal M13	31 - CID 10 (2) ____	32 - CID 10 (3) ____
33 - CID 10 (4) ____		

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solicit	38 - Qtd. Aut
1-	30133089	ostecondroplastia	01	____
2-	30133051	marisectomia	01	____
3-		tx de vito	01	____
4-			____	____
5-			____	____

OPM SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição, OPM	42 - Qtd.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1-		par. shaver	02		____
2-			____		____
3-			____		____
4-			____		____
5-			____		____

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 _____ Dr. Marcos V. Daniel Ortopedia e Cirurgia do Joelho CRM/PR 18.734	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.

DEZEMBRO-2009

0.27.083 - 0 GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO