



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 <i>Eunice Manoel Nova</i>		11 - Cartão Nacional de Saúde _____		
Dados do contratado solicitante				
12 - Código na Operadora _____		13 - Nome do Contratado <i>Hospital Coração Bela Ruiva</i>		
14 - Nome do Profissional Solicitante <i>Dr. Luiz H. Saito</i>		15 - Conselho Profissional _____		
16 - Número no Conselho <i>32145</i>		17 - UF <i>PR</i>		
18 - Código CBO _____				
Dados do hospital / Local solicitado / Dados da internação				
19 - Código na Operadora/CNPJ _____		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado <i>Hospital Coração Bela Ruiva</i>		
21 - Data sugerida para internação ____/____/____				
22 - Caráter do Atendimento _____		23 - Tipo de Internação _____		
24 - Regime de Internação _____		25 - Qtde. Diárias Solicitadas _____		
26 - Previsão de uso de OPME _____		27 - Previsão de uso de quimioterápico _____		
28 - Indicação Clínica <i>laudo apontando dor crônica quadril @ Ho coxostrom @ ; rx bacia apontando coxostrom anormalmente</i>				
29 - CID 10 Principal <i>M16.9</i>		30 - CID 10 (2) <i>R52.2</i>		
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- _____	_____	<i>artroplastia total quadril direito</i>	_____	_____
02- _____	_____	_____	_____	_____
03- _____	_____	_____	_____	_____
04- _____	_____	_____	_____	_____
05- _____	_____	_____	_____	_____
06- _____	_____	_____	_____	_____
07- _____	_____	_____	_____	_____
08- _____	_____	_____	_____	_____
09- _____	_____	_____	_____	_____
10- _____	_____	_____	_____	_____
11- _____	_____	_____	_____	_____
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 <i>Dr. Luiz H. Saito Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 32.145 RQE 26.685 TEL 32035</i>				
46 - Data da Solicitação ____/____/____		47 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>[Assinatura]</i>		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____				

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Referenciada
ANS - nº 34655-9

Dados do beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

Carla Mendes Lima

9 - Nome do Profissional Solicitante

Dados da cirurgia

12 - Justificativa Técnica

Lesão profunda da crânio parietal direita, da o linfocitos
ex lesão profunda crânio parietal da direita

OPME solicitadas

13- Tabela	14- Código do Material	15- Descrição	16- Opção	17- Qtd. Solicitada	18- Valor Unitário Solicitado	19- Qtd. Autorizada	20- Valor Unitário Autorizado
21- Registro ANVISA do Material		22- Referência do Material no Fabricante					
01 -		PROTESE DE CEMENTO CERA - CASSI		01			
02 -		PROTESE DE CEMENTO CERA - CASSI					
03 -							
04 -							
05 -							
06 -							

24 - Especificação do Material

EXPRESSO -> DENTON

25 - Observação / Justificativa

Dr. Luiz H. Saito
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 32.145 RQE 26.685
TEO 117.035

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Responsável pela Autorização