



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 Senha ____/____/____
------------------------------------	---	-------------------	--	--

DADOS DO BENEFICIÁRIO

7 - Número da Carteira ____	8 - Plano ____	9 - Validade da Carteira ____/____/____
10 - Nome DEISE MARIA STRADIOTO FERREIRA DA COSTA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	14 - Código CN ____
15 - Nome do Profissional Solicitante DANIEL FERREIRA FERNANDES VIEIRA	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 19475 PR
18 - UF PR		19 - Código CB ____

DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

20 - Código na Operadora / CNPJ ____	21 - Nome do Prestador ____
22 - Caráter 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 checked="" type="checkbox"/> 2 - Hospital-dia <input checked="" type="checkbox"/> 1 Domiciliar <input type="checkbox"/> 2	25 - Qtde. Diárias Solicitadas ____
26 - Indicação Clínica fratura-luxação 4 partes do umero proximal d	

NECESSITANDO ARTROPLASTIA REVERSA POR INSUFICIENCIA DO MANGUITO ROTADOR,
TRANSFERENCIA MUSCULAR PARA SUBSTITUIÇÃO DE ROTADORES EXTERNOS
E ARTROTOMIA.

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

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Autorizada
1	30717027	ARTROPLASTIA OMBRO D	1	1
4	30717167	TRANSFERENCIAS MUSCULARES OMBRO	1	1
5	30717019	ARTROTOMIA OMBRO	1	1

OPM SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1		PROTESE REVERSA OMBRO COMPREHENSIVE	1		1
2					
3					
4					
5					

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 CB ____
51 - Observação ____		

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____ Dr. Daniel F. F. Vieira Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 19475 TEOT 9918	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.