



Caixa de Assistência  
dos Funcionários do  
Banco do Brasil

## GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº 500165290

1 - Registro ANS <b>ANS - nº 34665-9</b>	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 <b>Marcelo Beto Farias</b>		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ____

### DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF ____	13 - Nome do Contratado ____	14 - Código CNES ____
15 - Nome do Profissional Solicitante ____	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 <b>HEL</b>
22 - Caráter da Internação <b>E</b> E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação <b>C</b> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <b>1</b> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>01</b>
26 - Indicação Clínica <b>De e de um - eventual - Jallo (E)</b>	

### HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente ____ - ____ A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 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. Solicit	38 - Qtde. Aut
1- ____	<b>39733049</b>	<b>Osteocondroplastia</b>	____	____
2- ____	<b>30733030</b>	<b>Retendo de corpo livre intra-articular</b>	____	____
3- ____	____	____	____	____
4- ____	____	____	____	____
5- ____	____	____	____	____

### OPM SOLICITADOS

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1- ____	<b>100066879</b>	<b>Lâmina de Shaver</b>	____	____	____
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 CNES ____
51 - Observação ____		

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>Guilherme J. M. Alvesana</b> Ortopedia e Traumatologia Cirurgião do Joelho CRM-PR 30165 / SBO 14548	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.