



Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador

Nº 83997847

1 - Registro ANS ANS-nº34665-9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 8 3 9 9 7 8 4 7		
4 - Data da Autorização		5 - Senha		
6 - Data de Validade da Senha				
Dados do beneficiário				
7 - Número da Carteira 110110045500037		8 - Validade da Carteira		
9 - Atendimento a RN				
10 - Nome Rosa Maria Machado da Silva		11 - Cartão Nacional de Saúde		
Dados do contratado solicitante				
12 - Código na Operadora 0 4 7 6 2 3 0 1 0 0 0 1 0 3		13 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA		
14 - Nome do Profissional Solicitante Mauricio R. Miyasaki		15 - Conselho Profissional		
16 - Número no Conselho 24650		17 - UF PR		
18 - Código CBO				
Dados do hospital / Local solicitado / Dados da internação				
19 - Código na Operadora/CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado		
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 Dor no quadril esquerdo neuropatia mostra imagem de artrose				
29 - CID10 Principal (Opcional) M16.9				
30 - CID10 (2) (Opcional)				
31 - CID10 (3) (Opcional)				
32 - CID10 (4) (Opcional)				
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	3072405-8	Artroplastia do quadril	01	
02		prótese femoral cimentada	01	
03		cimento ósseo	02	
04		cabeça femoral em cerâmica		
05		comprimento do acetábulo não cimentado		
06		liner em polietileno, cross link		
07		kit de cimentação		
08		kit de lavagem pulsátil		
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				
46 - Data da Solicitação 05.06.2024				
47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Mauricio R. Miyasaki CRM/PR 24650		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização