



Caixa de Assistência
dos Funcionários do
Banco do Brasil

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2- Nº 500165269

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 LUIZ CARLOS PERALSI		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 LIEL
22 - Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 2 - Clínica 2- Cirúrgica 3- Obstétrica 4- Pediátrica 5- Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtd. Diárias Solicitadas 02
26 - Indicação Clínica ARTROSE GÁVE SOEVA DIR CI DEXTRINA DE ACENTUADA	

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 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) ____	C/ FALÊNCIA LIGAMENTAL LATERAL	

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

34 - Tabela 1-____ 2-____ 3-____ 4-____ 5-____	35 - Código do Procedimento ____	36 - Descrição PROTESE TOTAL JOELHO RETIVA PARADO INTERFERENÇA	37 - Qtd. Solte ____	38 - Qtd. Aut ____
---	-------------------------------------	--	-------------------------	-----------------------

OPM SOLICITADOS

39 - Tabela 1-____ 2-____ 3-____ 4-____ 5-____	40 - Código do OPM ____	41 - Descrição OPM KIT PROTESE TOTAL JOELHO CONDILAR CONSTANTE 2 PAROTES CUENCO LCCA	42 - Qtd. ____	43 - Fabricante ____	44 - Valor Unitário R\$ ____
---	----------------------------	--	-------------------	-------------------------	---------------------------------

DADOS DA AUTORIZAÇÃO

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar ____/____/____	46 - Qtd. Diárias Autorizadas ____	47 - Tipo da acomodação Autorizada ambulatorio C/ ATB	48 - Código na Operadora / CNPJ ____	49 - Nome do Prestador autorizado ____	50 - Código CNES ____
51 - Observação ____ ____ ____					

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante ____/____/____ Dr. João Paulo F. Guerreiro Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 28617	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