



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 0300027461200002		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN							
10 - Nome Eduardo Pedrotti				11 - Cartão Nacional de Saúde							
Dados do contratado solicitante											
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado Coração Bebo Suiza									
14 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia		15 - Conselho Profissional		16 - Número no Conselho 17905		17 - UF		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 03		26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico	
28 - Indicação Clínica De ferimentos no fêmur direito. Do e limitações. Atividade.											
29 - CID 10 Principal M17.9		30 - CID 10 (2)		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- 02- 03- 04- 05- 06- 07- 08- 09- 10- 11- 12-		30726034		ortopedia do fêmur							
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		47 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM 17935		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					

CASSI

ANS - n.º 34665-9

SOLICITAÇÃO DE SENHA COM UTILIZAÇÃO DE OPME

AF nº. 000/000/00

IDENTIFICAÇÃO

Código do Usuário	Nome do Usuário <i>Eduarda Pedrotti</i>
CPF/CNPJ do Credenciado	Nome do Credenciado
CRM do médico solicitante	Nome do médico solicitante <i>Alexandre O. Queiroz</i>

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO

TGA <i>30726034</i>	Qtd <i>01</i>	TGA	Qtd	TGA	Qtd	TGA	Qtd
TGA	Qtd	TGA	Qtd	TGA	Qtd	CID-10	Qtd
Situação do Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Eletivo <input type="checkbox"/> 2 - Urgência (autorização deve ser solicitada pelo 0800-729-0080)		Data provável da Internação: <i>/ /</i>		Qtd. dias solicitados <i>03</i>		Data prevista para a realização do procedimento: <i>/ /</i>	

Informar DDD n.º do telefone e n.º do fax para resposta

DDD número do fax (campo obrigatório)

Qtd de Folhas incluindo est a

DDD número do tel. (campo obrigatório)

Fax:

Tel. para contato:

JUSTIFICATIVA COM HISTÓRICO E EXAME FÍSICO (ENVIAR LAUDOS DE EXAMES COMPROBATÓRIOS VIA FAX):

*Deformidade em flexão direita.
Dor e limitação artrose.*

MATERIAL ESPECIAL (ENCAMINHAR 3 (TRÊS) OPÇÕES DE MARCA/MODELO/FABRICANTE UTILIZE O VERSO PARA AS JUSTIFICATIVAS PARA O USO)

CÓDIGO CASSI	REGISTRO DA ANVISA	DESCRIÇÃO DA OPME	FORNECEDOR/FABRICANTE	QTD	VALOR UNITÁRIO
		<i>Kit fratura</i>			
		<i>Talão selado</i>			
		<i>Importada</i>			

LOCAL E DATA**CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE**

Dr. Alexandre de Oliveira Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17905

Fax para envio deste formulário: 0xx(11) 2106-0081